Aanpak van problematisch cannabisgebruik en aanverwante problemen

Richtlijn voor clinici

Gebaseerd op 'Management of cannabis use disorder and related issues. A clinician's guide' (2009) van het National Cannabis Prevention and Information Centre, University of New South Wales.



VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel vad@vad.be | www.vad.be

Colofon

Vertaling

Lexitech
VAD

Verantwoordelijke uitgever

F. Matthys, Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel







VAD, Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen vzw
Vanderlindenstraat 15, 1030 Brussel
T 02 423 03 33 | F 02 423 03 34 | vad@vad.be | www.vad.be



Met de steun van het Fonds tot bestrijding van de verslavingen



INLEIDING

De oorspronkelijke richtlijn werd zo getrouw mogelijk vertaald.[1] *VAD is dan ook niet verantwoordelijk voor de inhoud van deze richtlijn.*

Aanpak van problematisch cannabisgebruik en aanverwante problemen - Gids voor clinici, omvat kennis die essentieel is om mensen te helpen om hun problemen met cannabisgebruik te minderen, te stoppen of te behandelen. De handleiding wil feiten, cijfers en handige technieken aanreiken om clinici bij te staan bij het aanbieden van evidence-based behandelingen aan cannabisgebruikers die hun gebruik willen veranderen. Deze handleiding biedt ook een aantal werkbladen aan om te gebruiken bij cannabiscliënten.

De handleiding is onderverdeeld in 12 secties:

Hoofdstuk 1: Achtergrondinformatie

Hoofdstuk 2: Werken met cannabisgebruikers

Hoofdstuk 3: Screening naar cannabisgebruik

Hoofdstuk 4: Beoordeling

Hoofdstuk 5: Ontwenningsmanagement

Hoofdstuk 6: Kortdurende interventies

Hoofdstuk 7: Speciale overwegingen

Hoofdstuk 8: Gezinsinterventies

Hoofdstuk 9: Psycho-educatie en sociale ondersteuning

Hoofdstuk 10: Geestelijke gezondheid van cannabisgebruikers behandelen

Hoofdstuk 11: Screening tools

Hoofdstuk 12: Werkbladen

---

[1] Bron: Copeland, J., Frewen, A., & Elkins, K. (2009). *Management of cannabis use and related issues. A clinicians guide.* Sydney: National Cannabis Prevention and Information Centre, University of New South Wales.

Deze handleiding is niet bedoeld als vervanging van training en ervaring in de behandeling van middelengerelateerde stoornissen noch voor het verwerven van algemene deskundigheid op vlak van counseling vaardigheden. Ze werd opgesteld om uw bestaande vaardigheden aan te vullen en om u te helpen uw cliënten die cannabis gebruiken de grootste therapeutische voordelen te bieden. Voorbeelden van wat u kan zeggen tegen cliënten komen aan bod in het onderdeel: *'Dit is een suggestie die u kan uitproberen.'*

Voor wie zijn deze richtlijnen bestemd?

Deze richtlijnen zijn bestemd voor alle clinici die werken met jongeren en volwassenen met cannabisgerelateerde problemen. In deze richtlijnen verwijzen we naar u als 'clinicus' en naar de persoon die hulp zoekt als 'cliënt'. Clinici voor wie deze richtlijnen nuttig kunnen zijn, zijn onder andere alcohol- en drughulpverleners, verpleegkundigen, hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulpverleners, artsen gespecialiseerd in alcohol en drugs, psychologen, psychiaters, hulpverleners werkzaam in de bijzondere jeugdzorg en huisartsen.

Deze richtlijnen zijn zowel handig voor mensen die in een algemene gezondheidszorg setting werken als voor mensen die in een residentiële setting werken of in een ambulante setting. Ze kunnen bijzonder bruikbaar zijn voor huisartsen. Huisartsen bevinden zich in de ideale positie om problematisch cannabisgebruik te signaleren, gezien het grote aandeel van de bevolking dat elk jaar gebruik maakt van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Gezien het verschil in de rol, opleiding, training en ervaring van hulpverleners, zal niet elke lezer in staat zijn om aan alle problemen in dezelfde mate te beantwoorden. Hulpverleners dienen deze richtlijnen te gebruiken binnen de context van hun rol en praktijkervaring. Met andere woorden: deze richtlijnen vervangen de nood aan ervaring, praktijk of leiding zeker niet en er is nood aan een klinische beoordeling wanneer ze toegepast worden.

Kernbekwaamheden

Deze evidence-based richtlijnen werden niet ontworpen om de belangrijkste klinische vaardigheden aan te leren of vervangen zeker geen gespecialiseerde trainingen. Om de richtlijnen te gebruiken, is het nodig dat u reeds competenties verworven heeft op de volgende vlakken:

→ Basis hulpverleningsvaardigheden, zoals een therapeutische band opbouwen, actief luisteren, actieve reflectie.
→ Algemene beoordeling van alcohol en druggebruik.
→ Kennis van vaak voorkomende stoornissen op vlak van geestelijke gezondheid, zoals angst en depressie.
→ Evidence-based interventies, zoals motivatiebevordering en cognitieve gedragstherapie.
→ Culturele gevoeligheid.
→ Bekwaamheid om jongeren te engageren.

Beoordelingssysteem voor evidentie en aanbeveling

De Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC, Australische Nationale Raad voor Gezondheid en Medisch Onderzoek) en vergelijkbare internationale organisaties ontwikkelden een proces om evidentie te beoordelen en om aanbevelingen voor klinische richtlijnen te formuleren.

Dat proces omvat de ontwikkeling van een nieuwe hiërarchie voor evidentie, die gebaseerd is op het 'Niveau van bewijskracht' of 'Evidentie hiërarchie' van de NHMRC, maar minder beperkend is en het beoordelen van studies inzake diagnose, prognose, etiologie en screening mogelijk maakt. Details kunnen teruggevonden worden op http://www.nhmrc.gov.au

De vijf bestanddelen die in aanmerking genomen worden bij het beoordelen van evidentie zijn:

→ Het volume van evidentie (inclusief het aantal studies, gerangschikt volgens hun methodologische kwaliteit en relevantie voor patiënten)
→ de consistentie van de onderzoeksresultaten
→ het potentieel klinisch effect van de voorgestelde aanbeveling (inclusief de balans van risico's en voordelen, de relevantie van het evidentie voor de klinische vraag, de grootte van de patiëntpopulatie, en de hoeveelheid hulpmiddelen)
→ de veralgemeenbaarheid van de evidentie voor de doelpopulatie
→ de toepasbaarheid van de evidentie in de Australische context van gezondheidszorg.

Voor deze richtlijnen werd literatuur doorgenomen door minstens twee experts en goedgekeurd door een breder panel van clinici en onderzoekers met specifieke kennis en expertise met betrekking tot cannabis. De aanbeveling wordt samengevat op het einde van elk hoofdstuk en krijgt een beoordeling gebaseerd op het volgende:

Beoordeling	Aanbeveling
A	Er is genoeg evidentie om de praktijk te sturen.
B	Er is genoeg evidentie om in de meeste situaties de praktijk te sturen.
C	De evidentie ondersteunt in zekere mate de aanbevelingen, maar men moet ze met zorg toepassen.
D	De evidentie is zwak en aanbevelingen moeten voorzichtig worden toegepast.

Hoofdstuk 1: Achtergrondinformatie

Dit hoofdstuk vindt u niet terug in deze vertaalde richtlijn. Graag verwijzen wij u naar het 'Dossier Cannabis' (VAD, 2008).

Hoofdstuk 2: Werken met cannabisgebruikers

1. Algemene principes in het werken met cannabisgebruikers

Terwijl onderzoek naar behandelresultaten suggereert dat de meeste therapieën, indien ze vergeleken worden in gerandomiseerde gecontroleerde trials, even effectief zijn, heeft ander onderzoek aangetoond dat een sterke therapeutische relatie een noodzakelijke, maar onvoldoende, voorwaarde is voor effectieve psychotherapie. Volgens Ackerman & Hilsenroth (2003) omvat een sterke therapeutische relatie flexibiliteit, eerlijkheid, respect, vertrouwen, warmte, vertrouwelijkheid, interesse en openheid. Uiteindelijk steunt de effectiviteit van de therapie op het uitbouwen van een therapeutische relatie en op de vaardigheden en gespecialiseerde kennis van de hulpverlener. Dat is in het bijzonder zo bij de aanpak van cannabisproblemen, aangezien de meeste cannabisgebruikers niet vrijwillig hulp zoeken voor hun cannabisgebruik. Daarom moeten interventies aangepast worden aan de gebruikers en moeten ze afgestemd worden op gebruikers met mogelijk ambivalente gevoelens over veranderingen in hun druggebruik. Bovendien kan cannabisgebruik secundair zijn aan ander druggebruik, gezondheidsproblemen of geestelijke gezondheidsproblemen.

Aan de slag met cliënten die cannabis gebruiken – kernaanbevelingen
Gezien de grote verscheidenheid in behandelcentra (ook de niet alcohol- en druggespecialiseerde centra) waartoe cannabisgebruikers toegang hebben, is het belangrijk dat in de algemene assessment ook cannabisgebruik bevraagd wordt.
Assessment moet worden beschouwd als een integraal deel van het behandelproces, niet als onafhankelijk proces.
Engagement tijdens de eerste fasen van gebruik biedt de mogelijkheid om in te grijpen voordat het gedrag diepgeworteld geraakt. Om het engagement te vergroten wordt het gebruik van motivationele gespreksvoering aangeraden.
Op empirische evidentie gebaseerde cannabisinterventies moeten uitgelegd worden aan de cliënt en moeten geïntegreerd worden in een behandelplan met geïndividualiseerde doelen en intensiteit.
Wanneer het relevant is, kan cannabisgebruik aangepakt worden/gesitueerd worden in de context van ander druggebruik.
Omdat druggebruik, inclusief cannabisgebruik, een cyclisch verloop met terugval kennen, is het soms noodzakelijk om interventies te herhalen vooraleer er een significante verandering gerealiseerd wordt.
Sommige cliënten hebben comorbide stoornissen die alle fasen van het veranderingsproces beïnvloeden. Bepaal behandeldoelen die kleine en tijdelijke stappen bevatten, en die allemaal toewerken naar een ultiem doel.
Integreer drughulpverlening met diensten voor geestelijke gezondheid of strafrecht; op die manier wordt tegemoetgekomen aan complexe noden.

2. Intensiteit van de behandeling

Trapsgewijze behandeling omvat het verschaffen van een reeks interventies, van de minst tot de meest intensieve, waarbij wordt overgegaan naar de volgende stap afhankelijk van de reactie van de cliënt op de vorige stap. Trapsgewijze behandeling biedt een best-practice kader waarin assessment, indicatiestelling en behandelingsplanning geïntegreerd kunnen worden in het behandelingsproces, en is bruikbaar om te bepalen welk zorgniveau een persoon nodig heeft. Zo kan een kortdurende motivationele interventie bijvoorbeeld voldoende zijn voor sommigen, maar dan weer niet voor anderen. Cliënten bij wie de doelstelling niet bereikt wordt na een kortdurende interventie kunnen worden doorverwezen naar een meer intensieve vorm van behandeling (vb. een poliklinische behandeling van 12 sessies). Als ze problemen

blijven ondervinden, is er misschien een uitgebreider behandelingsplan nodig (vb. behandeling van comorbide aandoeningen; betrokkenheid gezin, ...). Het niveau van de interventie dat vereist is voor succes hangt niet noodzakelijk samen met de ernst van het gebruik (d.w.z. dat niet alle zware cannabisgebruikers dergelijk uitgebreid behandelingsprogramma nodig hebben).

Aangezien individuen met comorbide stoornissen een bijzonder heterogene groep vormen op het vlak van soort, ernst en bereidwilligheid om hun verschillende problemen aan te kaarten tijdens de behandeling, kan een trapsgewijze aanpak van behandeling zorgen voor flexibiliteit in de interventies. Een trapsgewijze aanpak van de behandeling kan:

- Zorgen voor flexibiliteit tijdens de interventie en kan ervoor zorgen dat de behandeling afgestemd is op de noden van de cliënt. Cliënten met een grotere afhankelijkheid zouden aangemoedigd moeten worden om te beginnen met intensievere interventies (variërend van langere en frequentere ambulante bezoeken tot residentiële opname). Net zoals het linken van de intensiteit van de behandeling aan de ernst van het probleem, moet men bij het afstemmen van behandelingen ook rekening met de motivatie van de cliënt, het cognitieve functioneren, en andere variabelen zoals leeftijd, geslacht, culturele achtergrond en onderliggende psychologische problemen.
- De toegankelijkheid vergroten door onnodig intensieve interventies te beperken bij cliënten met minder ernstige cannabisgerelateerde problemen.
- Het gebruik van middelen, zoals tijd van artsen, optimaliseren.

3. Algemene principes van cannabisinterventies

Er zijn een aantal principes die clinici zouden moeten overwegen als ze behandeling aanbieden voor cannabisafhankelijkheid:

- De vooruitgang van een cliënt kan erg variëren, daarom moeten de interventies (inclusief deze die in een handleiding opgenomen zijn) op maat aangeboden worden.
- Vaardigheden, zoals empathie en het gebruik van open vragen, zijn belangrijk om cannabisgebruikers te engageren.
- Vroegtijdige drop-out (d.w.z. aanwezigheid gedurende slechts één sessie) komt vaak voor, daarom is het belangrijk om tijdens de eerste sessie prioriteit te geven aan kernboodschappen en om te werken aan het vergroten van engagement en het opbouwen van motivatie voor verandering.
- Het optimale aantal sessies dat aangeboden moet worden aan afhankelijke cannabisgebruikers is nog niet onderzoeksmatig vastgesteld. Studies suggereren echter wel dat alleenstaande sessies effectief kunnen zijn, maar dat ook voortgezette behandeling noodzakelijk kan zijn. Dit is afhankelijk van de complexiteit van de problemen en van de motivatie van de cliënt.

4. Setting

Eerstelijnsgezondheidszorg

Settings in de eerstelijnsgezondheidszorg bieden uitstekende kansen voor kortdurende interventies m.b.t. problematisch cannabisgebruik. In de meeste gevallen zullen de cliënten in deze settings geen hulp voor cannabis vragen. Daarom kunnen screening en vragen over de leefstijl (inclusief druggebruik) van de cliënt verduidelijking brengen. Terwijl sommige cliënten gesprekken over hun druggebruik zullen vermijden, zullen anderen opgelucht zijn dat ze er zelf niet over moeten beginnen. Bovendien moeten clinici en huisartsen uitkijken naar subtiele signalen van cliënten waaraan ze kunnen aftoetsen of het veilig is om over cannabisgebruik te praten. Deze settings zouden minimaal folders moeten verschaffen, en basisscreening en -detectie wordt sterk aanbevolen.

Ambulante interventies

Consistent met andere drughulpverlening, zal de meerderheid van behandelepisodes voor cannabis bestaan uit kortdurende (vb. één tot vijf sessies) interventies. Dit is consistent met evidence-based informatie en met gerapporteerde patronen en met gerapporteerde gegevens uit de klinische praktijk. De hoofdstukken over screening en assessment in deze richtlijn geven suggesties voor assessmentdomeinen, het hoofdstuk over kortdurende interventies geeft verschillende behandelopties weer. Clinici in ambulante settings zouden bekwaam moeten zijn op vlak van assessment en het aanbieden van kortdurende interventies. Deze richtlijnen bieden hulp bij het ontwikkelen van een gids voor cliënten. Deze gids kan o.a. een lijst omvatten van plaatselijke hulpgroepen en zelfhulpmateriaal.

Residentiële settings

Hoewel deze richtlijn suggereert dat de eerstelijnsbehandeling voor cannabisproblemen ambulant dient te gebeuren, lopen cliënten met ernstige ontwenningsverschijnselen, meervoudige afhankelijkheid (meer specifiek alcohol- of benzodiazepineverslaving), en acute of ernstige psychiatrische problemen het hoogste risico op nadelige gevolgen van de ontwenning. De cliënten kunnen nood hebben aan een residentiële behandeling. De residentiële setting richt zich niet specifiek op cannabisgebruik, maar de problematiek wordt bekeken in de context van een algemeen onthoudingsprogramma.

De werkbladen achteraan in de oorspronkelijke richtlijn, kunnen gebruikt worden om individueel met cliënten te werken die hun cannabisgebruik willen aankaarten tijdens een residentiële behandeling. Gezien de prevalentie onder illegale druggebruikers van cannabisgebruik en andere middelenafhankelijkheid raden we ten stelligste aan dat residentiële behandelingen ten minste één groep aanbieden die zich specifiek richt op cannabisgebruik.

5. Literatuur

Addy, D., Ritter, A., Lang, E., Swan, A., & Engelander, M. (2000). *Key principles and practices*. Clinical treatment guidelines for alcohol and drug clinicians no. 1. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.

Gates, P., Taplin, S., Copeland, J., Swift, W., & Martin, G. (2009). *Barriers and facilitators to cannabis treatment*. NCPIC Technical Report # 1. Sydney: NCPIC. Available online: http://www.ncpic.org.au

Jarvis, T., Tebbutt, J., Mattick, R., & Shand, F. (2005). *Treatment approaches for alcohol and drug dependence,* 2nd edn. London: John Wiley and Sons.

Marsh, A. & Dale, A. (2006). *Addiction counselling: Content and process*. East Hawthorn, Vic: IP Communications.

Miller, W. & Heather N. (1998). *Treating addictive behaviours*, 2nd edn. New York: Plenum Press.

NSW Department of Health. (2008). NSW Health drug and alcohol psychosocial interventions: Professional practice guidelines. Available on line: http://www.health.nsw.gov.au

Steinberg, K.L., Roffman, R.A., Carroll, K.M., Mcree, B., Babor, T.F., Miller, M., Kadden, R., Duresky, D., & Stephens, R. (2005). *Brief counselling for marijuana dependence: A manual for treating adults*. DHHS publication no. [SMA] 05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

6. Referenties

Ackerman, S.J. & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology* Review 23, 1–33.

Hoofdstuk 3: Screening met betrekking tot cannabisgebruik

Volgens best-practices, moet de eerste ontmoeting met een cliënt focussen op het engagement van de cliënt en de identificatie van cannabisgerelateerde problemen. Screening is het meest relevant voor algemene settings, zoals primaire gezondheidszorg, werkplaatsen en scholen, waar het opsporen van riskant gebruik belangrijk is. De interventies zijn er doorgaans kortdurend en de kans op doorverwijzing is groot.

1. Wat is screening?

Screening is een korte methode om te bepalen of (een) bepaalde stoornis(sen) (zoals druggebruik of stoornissen in de geestelijke gezondheid, zoals depressie) aanwezig kan zijn. Screening is een proces waarbij een mogelijk probleem geïdentificeerd wordt en betekent niet noodzakelijk de aanwezigheid van een stoornis, noch doet het uitspraken over de rol van cannabisgebruik in het leven van een cliënt. Screening kan eenvoudig uitgevoerd worden in de klinische praktijk en opent deuren voor klinische behandeling. Een positieve screening resulteert doorgaans in een meer gedetailleerde assessment.

Screening is geen assessment
Assessment is geen diagnose
Diagnose is geen probleemformulering
Indicatiestelling is geen behandeling

Lee et al. (2007)

2. Grondgedachte

Routine screening voor cannabisgebruik is belangrijk omwille van vele redenen:

- Cannabisgebruikers zullen misschien hulp zoeken voor andere problemen, zoals slecht slapen, woede, depressie, angst, relatieproblemen of ademhalingsproblemen, en vermelden daarbij niet dat ze cannabis gebruiken.
- Vroegtijdige opsporing van cannabisgerelateerde problemen is belangrijk om te voorkomen dat problemen escaleren.
- Slechts een kleine minderheid van de cannabisgebruikers zoekt actief naar hulpverlening om hun cannabisgebruik aan te pakken. Hoewel veel cannabisgebruikers slechts geringe problemen hebben met cannabis, is er een significante groep die wel afhankelijkheid ervaarts met de daaraan gerelateerde nadelen die hen en anderen beïnvloeden. Toch zoeken ze geen behandeling.
- Cannabisgebruik komt veel voor, vooral bij 15- tot 30-jarigen en bij personen die andere illegale drugs gebruiken en een psychiatrische stoornis hebben. Personen die

zich aanmelden met aanhoudende ademhalingsproblemen zoals hijgen of hoesten, moeten gescreend worden op cannabisgebruik als hiertoe bijdragende factor.

3. Wie moet de screening met betrekking tot cannabis uitvoeren en wanneer

Omwille van het wijd verspreide gebruik van cannabis, wordt aanbevolen dat alle personen in gezondheidssettings gescreend zouden moeten worden op cannabisgebruik. De omvattendheid van screenings- en assessmentprocedure, is afhankelijk van de aard van uw setting, zoals uiteengezet wordt in Tabel 5.

Tabel 5: Mogelijkheden voor screening op cannabisgebruik

Professional	Mogelijkheden voor screening op cannabisgebruik
Huisarts	Tijdens routineconsultaties. Tijdens consultaties gerelateerd aan roken, ademhaling, mentale gezondheid, verwondingen, voortplanting, ongevallen of slaap.
Eerstelijnszorg	Tijdens alle algemene counselling services, in het bijzonder die bedoeld voor jongeren.
GGZ-hulpverleners	Alle uitgebreide assessment moeten een algemene screening op drugs omvatten, zeker assessment m.b.t. psychose.
Algemene ziekenhuizen	Bij aanmeldingen met psychiatrische problematiek, verwondingen of ademhalingsproblemen, in het bijzonder bij personen tussen 15 en 40 jaar.

4. Hoe de screening introduceren bij de cliënt

Laat aan cliënten laten weten waarom en hoe u zult screenen op cannabisgebruik: dit creëert een niet-bedreigende context. In elke setting is het belangrijk om cliënten te verzekeren dat wat ze u vertellen vertrouwelijk blijft en dat u de informatie enkel zal gebruiken voor de behandelingsplanning. Vergeet de beperkingen van uw beroepsgeheim niet te bespreken (inclusief risico op zelfmoord en ethische verplichtingen). In niet alcohol- en drugspecifieke settings, zoals bij de huisarts of een ziekenhuisafdeling, is het belangrijk om de screening op een niet-bedreigende manier te introduceren.

Bijvoorbeeld:

'Ik ga u nu enkele routinevragen stellen over uw levensstijl. Is dat oké voor u? [samenwerkende aanpak] Oké, daar gaan we. Gebruikt u alcohol of tabak [Zo ja, hoeveel]? Heeft u ook al andere middelen gebruikt [Zo ja, omschrijf en specificeer]?'

Als u gestandaardiseerde vragenlijsten introduceert, is het belangrijk om de relevantie ervan voor de assessment te bespreken. U moet uitleggen wat het doel van elk instrument is, waarvoor de resultaten gebruikt worden, wie er toegang tot heeft, en hoe lang het duurt om ze af te werken. Na het verschaffen van deze informatie moet u toestemming vragen om de formulieren bij te houden. Alle aanbevolen instrumenten zijn kort en kunnen gescoord worden tijdens de sessie, de resultaten kunnen onmiddellijk opgenomen worden in uw feedback voor de cliënt.

5. Soorten screening

Screening kan gestandaardiseerd of niet-gestandaardiseerd zijn en vragen kunnen open of gesloten zijn. De meeste screeningsinstrumenten gebruiken gesloten vragen. We stellen voor dat de clinicus, na het voorstellen van de screening aan de cliënt zoals voorgesteld werd in 3.4, de screening start door één algemene open vraag te stellen over cannabisgebruik, zoals voorgesteld wordt in Tabel 6.

Tabel 6: Voorbeelden van open en gesloten vragen die u kan gebruiken

Gesloten vragen	Open vragen
Hoe oud was u toen u eerst cannabis rookte?	Vertel me eens over uw eerste ervaringen met cannabis?
Hoe vaak gebruikt u cannabis?	Hoe is uw cannabisgebruik veranderd in de loop der tijd?
Hoe oud was u toen u het dagelijks begon te gebruiken?	Beschrijf een aantal van uw recente ervaringen met cannabis?
Wanneer dacht u voor het eerst dat u een probleem had met cannabis?	Kan u me vertellen over enkele minder positieve zaken die u zou kunnen ervaren bij het gebruik van cannabis?

Aanpassing van Steinberg et al. (2005)

6. Gestandaardiseerde screeningsinstrumenten

Psychometrische instrumenten worden vaak gebruikt als aanvulling op klinische assessment (zie Tabel 7). Het niveau van evidentie voor het gebruik van de Cannabis Severity of bij screening is hoog; voor de andere instrumenten die hieronder genoemd worden, is de evidentie nog in ontwikkeling. Gelieve op te merken dat de tabel geen volledige lijst is van beschikbare instrumenten en dat de vermelde tools niet diagnostisch zijn.

Tabel 7: Screeningsinstrumenten

Instrument	Aantal items	Beschrijving	Psychometrische kenmerken
Cannabis Severity Order of Dependence Scale (SDS) (Gossop et al. 1995)	5	• valide • betrouwbaar • getest bij adolescenten, volwassenen en psychiatrische populaties • verschillende normen beschikbaar voor adolescenten en volwassenen	• sensitiviteit 64-86%, specificiteit 82-94% bij volwassenen (Swift, Copeland & Hall, 1998); sensitiviteit 64% en specificiteit 94% (cut off 4) bij niet klinische jongeren (Martin et al., 2006)
Cannabis Use Disorders Identification Test (Adamson & Sellman, 2003)	10	• zelfrapportagelijst voor volwassenen • cut-off normen zijn beschikbaar	• sensitiviteit 73%; specificiteit 95% • positieve predictieve validiteit 84%
Cannabis Use Problems Identification Test (Bashford, 2007)	16	• cannabis specifieke vragenlijst die problemen kan identificeren en voorspellen bij adolescenten en volwassenen	• sensitiviteit 98%; specificiteit 35% • positieve predictieve validiteit 95%
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test (ASSIST) (WHO Assist Working Group, 2002)	8	• algemene alcohol- en drugscreenings-vragenlijst • ingevuld door clinicus, bevat feedback	• sensitiviteit 91%; specificiteit 90% (Humenluk et al., 2008)
Problem Oriented Screening Instrument for Teens (POSIT) (short form) (Knight, 2001; Danseco en Marques, 2002)	11	• identificeert adolescenten die nood hebben aan verdere assessment i.v.m. druggebruik	• nauwkeurigheid 84%, sensitiviteit 95%; specificiteit 79% (Latimers, Winters en Stinchfield, 2007)

Na het uitvoeren van de screening, is het belangrijk om uw cliënt individuele feedback te geven over de resultaten. Hierbij kan u weerstand ervaren bij de cliënt. Hieronder vindt u enkele voorbeelden van reacties van cliënten en hoe u daarop kan reageren volgens de principes van motivationele gespreksvoering (Zie Hoofdstuk 6 voor meer informatie over deze aanpak).

'Cliënt: Cannabis roken is geen probleem voor mij.'

'Clinicus: U vindt niet dat u uw gebruik nu moet verminderen (terug reflecteren). U vindt dat u controle heeft over uw gebruik.'

'Cliënt: Cannabis is niet zo slecht als andere drugs.'

'Clinicus: U vindt niet dat cannabis zo slecht is als andere drugs (terug reflecteren). Zou u me kunnen vertellen waarom u denkt dat het minder risico's met zich mee brengt dan het gebruik van andere drugs?'

'Cliënt: Mijn vrienden blowen allemaal meer dan ik.'

'Clinicus: Het klinkt het alsof u vindt dat u geen problemen hebt met cannabis omdat uw vrienden meer blowen dan u. Klopt dat?'

'Cliënt: Cannabis werkt niet verslavend.'

'Clinicus: Het klopt dat niet iedereen die cannabis gebruikt ook verslaafd raakt. Laten we even kijken naar uw antwoorden op de screening en dan zien we of dat ook geldt voor u.'

7. Biochemische tests voor screening en assessment

In sommige settings is het testen van urine, bloed, haar en speeksel op drugs of drugs metabolieten aanvaardbaar om druggebruik vast te stellen. Op basis van biologische markers wordt verdere assessment bepaald. Als de cliënt bijvoorbeeld positief gescreend wordt op een bepaalde drug, dan kan een instrument zoals de Severity Dependence Scale (SDS) (Gossop et al., 1995) toereikend zijn om de ernst van het gebruik te bepalen. Biochemische markers kunnen ook gebruikt worden om zelfrapportage van cliënten te bevestigen.

Er zijn twee soorten procedures die werken met biochemische markers: screenings- en confirmatietesten.

A. Screening

Screeningtests (vb. urine tests) scoren goed op specificiteit maar minder goed op sensitiviteit. Specificiteit verwijst naar het vertonen van een negatief resultaat bij iemand die een specifieke drug niet recent gebruikt heeft. Sensitiviteit verwijst naar het verkrijgen van een positief resultaat bij iemand die wel recent gebruikt heeft.

B. Confirmatietesten

Bevestiging van een positieve screening omvat het gebruik van een tweede en meer nauwgezette detectiemethode die meestal uitgevoerd wordt in een laboratorium. De meest gebruikte methode voor bevestigingsprocedures is gaschromatografie of massaspectometrie.

Grondgedachte bij het gebruik van biochemische tests

- Het levert een objectieve meting van drugmisbruik of terugval op waarop klinische beslissingen en behandelingsplanningen gebaseerd kunnen worden.
- Het kan een medisch-wettelijke vereiste zijn.
- Het kan vooruitgang in de behandeling bevestigen. Laboratoria kunnen aanwezige cannabinoïden meten, maar wat deze hoeveelheden voorstellen valt moeilijk te interpreteren. Deze cijfers mogen niet gebruikt worden zonder dat een expert zorgt voor een reeks alternatieve interpretaties. De cijfers kunnen helpen bij het geven van feedback aan de cliënt over het dalende cannabinoïde niveau, de meting van behandelresultaten en onderzoek. Er moet opgemerkt worden dat de resultaten van de laboratoriatests mogelijk niet beschikbaar zijn enkele dagen of weken nadat de staal genomen werd en dat de tests extra kosten met zich mee brengen.
- Dipstick tests bieden onmiddellijke bevestiging van druggebruik maar geven geen oordeel over of de cliënt recentelijk gebruikt heeft of over chronisch gebruik. Dit wil zeggen dat dipstick tests geen oordeel kunnen geven over of er de laatste 24 uur cannabis gebruikt werd, hoe vaak er gebruikt werd, of hoeveel er gebruikt werd.
- Een minder ingrijpende methode kan aangewezen zijn. In verschillende settings worden speekseltests steeds vaker gebruikt. Een nadeel is dat het vrijkomen van THC uit het bloed in het speeksel idiosyncratisch is, daarenboven kunnen speekseltests vaak geen onderscheid maken tussen recent gebruik en gebruik één of meerdere dagen eerder. De THC detectie die gebruik maakt van speekseltest heeft dus ook beperkingen. Door deze beperkingen is een goede kennis van alternatieve interpretaties vereist.

Klinische overwegingen bij het gebruik van biochemische screening

Als u overweegt om biochemische markers te gebruiken, dan moet u de volgende punten in het achterhoofd houden:

- Hoe relevant is de objectieve informatie voor het geven van feedback en voor het behandelplan?
- Hoe belangrijk is de biochemische screening in verhouding tot mogelijke negatieve effecten op de therapeutische samenwerking? Bijvoorbeeld als de cliënt weigert of zijn cannabisgebruik onderschat?
- De kost van het testen. Kosten kunnen belemmerend zijn voor bepaalde individuen of diensten en kunnen een belemmering vormen voor de behandeling als de cliënt verondersteld wordt deze kosten te dragen.
- Alle opties. Selecteer de biochemische test uit de beschikbare opties, hou rekening met geschiktheid, prijs, beschikbaarheid en de mate van ingrijpen.

- Setting. In een medisch-wettelijkecontext, bij contingency-management of bij hulpverlening op middellange of lange termijn, kunnen de testresultaten gebruikt worden om de privileges of vooruitgang in het programma toe te kennen.

Hou in gedachten dat, indien een cliënt een urinetest nodig heeft wegens strafrechtelijke of medisch-wettelijke doeleinden, de juiste juridische procedure gevolgd moet worden.

Stalen verzamelen

De wijze waarop een urinestaal afgenomen wordt, is belangrijk. Technieken omvatten o.a. het meten van de temperatuur of pH van de urine onmiddellijk na de afname, en het gebruik van recipiënten die bestand zijn tegen vervalsing. Stalen afnemen onder toezicht kan nodig zijn om te verzekeren dat het de urine betreft van de persoon die gescreend wordt.

Detectietijden

Detectie van cannabisgebruik waarbij men kijkt naar de laatste keer dat er gebruikt werd staat ter discussie (Cary, 2006). Detectiecijfers worden namelijk beïnvloed door technische variaties (vb. afwijkende testmethodes en testgevoeligheid), farmacologische variabelen (duur van gebruik, metabolisme, manier van toediening), en grote individuele verschillen in het metabolisme.

Tabel 8: Detectietijd van cannabis

Hoeveelheid	In urine	In speeksel
Eenmalig gebruik	3-4 dagen (50 ng/ml) 7 dagen (20ng/ml)	4-14 uur
Oraal gebruik	1-5 dagen	onbekend
Dagelijks/chronisch gebruik	10-36 dagen	4-30 uur

Dyer, Wilkinson & Wilkinson (2008); Cary (2006)

NB: Individuele variatie en variatie in de manier waarop stalen afgenomen worden, kan de detectietijd aanzienlijk beïnvloeden.

8. Samenvatting

Aanbeveling	Evidentie
Screening op cannabisgebruik moet routinematig gebeuren in de gezondheidszorg, inclusief in alcohol- en drugssettings, in de geestelijke gezondheidszorg, de eerstehulp en bij de huisdokter.	A
Een positieve screening is een aanleiding voor verdere assessment.	A
Er zijn een beperkt aantal betrouwbare en valide meetinstrumenten bruikbaar voor screening op cannabisgebruik. Van degene opgelijst in tabel 7, zijn enkel de SDS en de ASSIST van niveau B qua betrouwbaarheid. De overige zijn van niveau C qua betrouwbaarheid.	B&C

9. Referenties

Adamson, J.D. & Sellman, J.D. (2003). A prototype screening instrument for cannabis use disorder: The Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol - dependent clinical sample. *Drug and Alcohol Review 22*(3), 309–315.

Bashford, J.L. (2007). The Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): Development and psychometrics. Unpublished doctoral thesis. Palmerston North, New Zealand: Massey University.

Cary, P. (2006). The marijuana detection window: Determining the length of time cannabinoids will remain detectable in urine following smoking: A critical review of relevant research and cannabinoid detection guidance for drug courts. *National Drug Court Institute IV* (2). Available on line: http://www.ndci.org/publications/THC_Detection_Window_Fact_Sheet.final.pdf

Danseco, E.R. & Marques, P.R. (2002). Development and validation of a POSIT-short form: Screening for problem behaviors among adolescents at risk for substance use. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse 11*(3), 17–36.

Dyer, K., Wilkinson, X. & Wilkinson, C. (2008). The detection of illicit drugs in oral fluid: Another potential strategy to reduce illicit drug-related harm. *Drug and Alcohol Review 27*, 99–107.

Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B.,Hall, W., & Strang, J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction 90,* 607–614.

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T.F., Farrell, M., Formigoni, M.L., Jittiwutikarn, J., de Lacerda, R.B., Ling, W., Marsden, J., Monteiro, M., Nhiwatiwa, S., Pal, H., Poznyak, V., & Simon, S. (2008). Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction 103*(6), 1039–1047.

Knight, J.R. (2001). Reliability of the Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) in adolescent medical practice. *Journal of Adolescent Health 29*(2), 125–130.

Latimer, W.W., Winters, K.C. & Stinchfield, R.D. (1997). Screening for drug abuse among adolescents in clinical and correctional settings using the Problem- Oriented Screening Instrument for Teenagers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse 23*(1), 79–98.Lee, N., Jenner, L., Kay-Lambkin, F., Hall, K., Dann,

F., Roeg, S., Hunt, S., Dingle, G., Baker, A., Hides, L., & Ritter, A. (2007). *PsyCheck: Responding to mental health issues within alcohol and drug treatment*. Canberra, ACT: Commonwealth of Australia.

Martin, G., Copeland, J., Gates, P., & Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence 83*, 90–93.

Steinberg, K.L., Roffman, R.A., Carroll, K.M., Mcree, B., Babor, T.F., Miller, M., Kadden, R., Duresky, D., & Stephens, R. (2005). *Brief counselling for marijuana dependence: A manual for treating adults*. DHHS publication no. [SMA] 05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Swift, W., Copeland, J. & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction 93*, 1681–1692.

WHO ASSIST Working Group. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction 97*(9), 1183–1194.

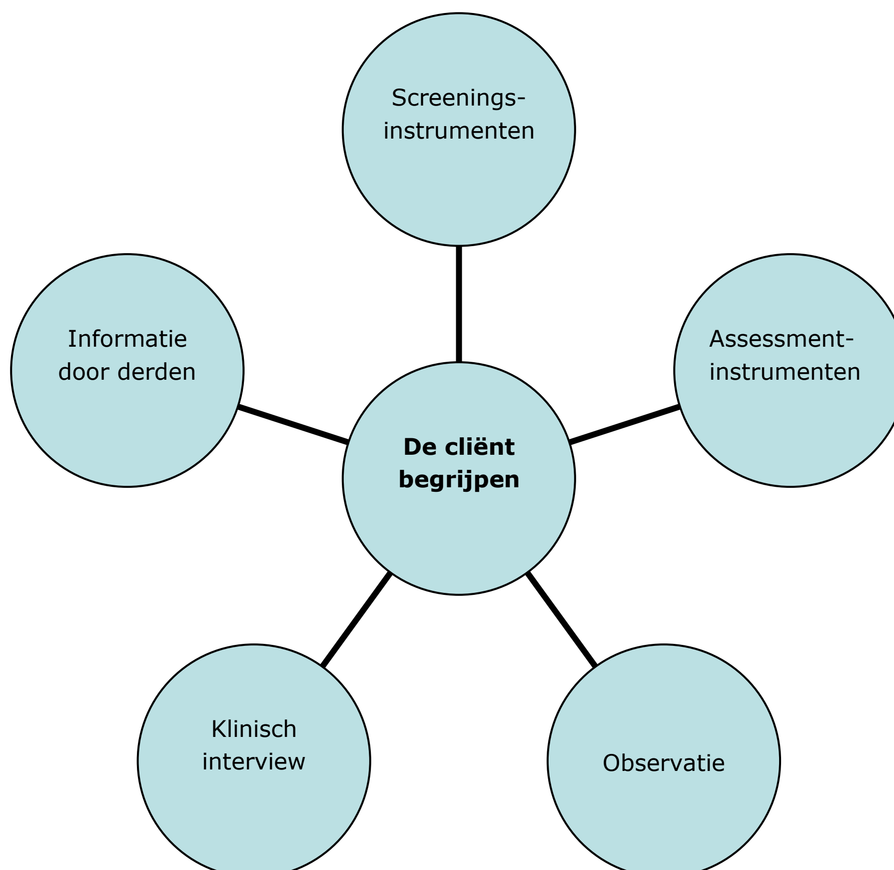
Hoofdstuk 4: Assessment

1. Overzicht

Het uitvoeren van uitgebreide assessment is een essentiële vereiste om de meest geschikte en meest effectieve behandeling te bepalen (zie Figuur 1). Bovendien levert uitgebreide assessment informatie op waarmee de behandelingsvooruitgang kan worden nagegaan, aangezien het zowel bij het begin als tijdens de behandeling wordt uitgevoerd.

Gezondheidsprofessionals met ervaring op vlak van assessment moeten cannabisgebruik en gerelateerde problemen zien binnen een ruimere beoordeling van het psychosociale functioneren van een cliënt. Om ervoor te zorgen dat de cliënt het doel van de assessment beter begrijpt, moeten professionals hun cliënten informatie geven over de details hiervan, hoe het resultaat ervan gebruikt kan worden bij doorverwijzing, en hoe de resultaten ervan gebruikt kunnen worden om de effectiviteit van de behandeling te bepalen.

Figuur 1: Informatie over cliënten verzamelen



2. Grondgedachte

Het vroegtijdig opsporen van en interveniëren bij cannabisgerelateerde problemen is een effectieve strategie op bevolkingsniveau. Het verhoogt ook de kans dat een individu voordeel zal halen uit een kortdurende interventie en het vermindert cannabisgerelateerde schade op lange termijn.

3. Het gebruik van assessment om het engagement te vergroten

De moeilijkheid om cliënten te engageren, wordt vaak vernoemd als barrière tijdens de behandeling. Een assessment van de bereidheid om behandeld te worden en het nagaan van het engagementsniveau van de cliënt is daarom bijzonder belangrijk. Er is groeiende evidentie dat er een sterke, positieve relatie bestaat tussen therapietrouw en het behandelresultaat (Zweben & Zuckoff, 2002). Zweben en collega's stellen dat de bereidheid tot veranderen bepaald kan worden op basis van de probleemaanvaarding van de cliënt (d.w.z. of de cliënt de noodzaak van verandering inziet, deze gewild is en binnen bereik is) en de aanvaarding van de behandeling (d.w.z. of de cliënt instemt met het aangeboden hulpverleningstraject).

Als cannabisgebruikers komen opdagen voor een eerste afspraak, los van het besef of hun afspraak cannabisgerelateerd is of niet, dan bestaat de uitdaging voor de arts erin om hen te engageren voor de behandeling. Zelfs als ze rechtstreeks hulp zoeken voor cannabisgerelateerde problemen, kunnen cliënten naar een consultatie komen met tegenzin en angst, dit omdat de mogelijkheid bestaat dat ze beoordeeld zullen worden. Dit verhoogt de kans dat ze bereid zullen zijn zich te verdedigen tegen elke bedreiging van een van hun beste copingsmechanismen – cannabisgebruik. Assessment op zich is een kans om het engagement van de cliënten te verhogen en om een band op te bouwen met hen. Eén techniek om deze band te smeden, is het gebruiken van open vragen om hun bekommernissen en doelstellingen te verkennen. De thema's cannabis en ander druggebruik dienen op natuurlijke wijze geïntroduceerd te worden, als ware als het een gewoon onderdeel van het gesprek.

Bijvoorbeeld:

'Vertel me eens over uw cannabisgebruik.' 'Wat vindt u zo leuk aan cannabis?' 'Maakt u zich zorgen over uw cannabisgebruik?' 'Hoe past uw cannabisgebruik in dit kader?'

4. Uitgebreide beoordeling druggebruik (60–120 min)

Assessment van cannabisproblemen kan eenmalig en relatief kort zijn. Een meer uitgebreide en continue assessment kan echter kansen bieden aan clinici om niet-veroordelende informatie aan te bieden aan de cliënt. De cliënten kunnen tijdens de uitgebreide assessment informatie zoeken die hen helpt om hun gedrag en cannabisgebruik te veranderen (Beich, Thorsen & Rollnick, 2003). Sterktes, zwaktes en persoonlijke doelen van de cliënt, evenals het effect van cannabis op zijn of haar leven, moeten mee in rekening gebracht worden tijdens het opstellen van een behandelplan (Beich, Thorsen & Rollnick, 2003). Uitgebreide assessment vereist met andere woorden zorgvuldige aandacht op verschillende vlakken.

5. Beoordelingsdomeinen

Kernelementen van assessment van cannabisgebruik moeten een breed scala aan problemen naast cannabismisbruik of -verslaving omvatten, evenals factoren die verband houden met het gebruik, die het gebruik voorafgaan of die het gebruik in stand houden. De mate waarin u elk van deze gebieden verkent, zal afhankelijk zijn van hun relevantie voor uw cliënt en de setting waarin u werkt.

Systematische assessment moet volgende zaken omvatten:
Recente gebruiksgeschiedenis van alcohol en drugs
Huidige toestand en voorgeschiedenis m.b.t. geestelijke gezondheid
Psychosociale toestand
Behandeldoelen
Motivatie tot verandering

Voorgeschiedenis van cannabis- en ander druggebruik

- De hoeveelheid, de frequentie en het patroon van cannabisgebruik in de loop van de tijd (opgetekend als aantal gram of joints die dagelijks/wekelijks gebruikt worden).
- De duur van het huidige gebruikspatroon, en veranderingen in het patroon doorheen de tijd.
- Indicatoren van de ernst van de verslaving, ontwenningsverschijnselen, periodes van abstinentie, situaties en triggers voor gebruik.
- Identificatie van vastgestelde of vermoedelijke DSM-IV-TR en/of ICD-10 diagnoses.
- Problemen met gebruik van andere middelen (vb. volledige anamnese, huidige patronen van druggebruik), evenals vaststellen welk middel momenteel de meeste problemen veroorzaakt (waarbij opgemerkt wordt dat dit misschien irrelevant is of onmogelijk is om vast te stellen wanneer cliënten meerdere middelen gebruiken of wanneer er sprake is van substitutiebehandeling).
- Eerdere ervaringen met behandeling en het resultaat ervan.
- Biologische markers.
- De vijf P's: presenting issues (de cliënt vertoont problemen), predisposing factors (predisponerende factoren), precipitating factors (versnellende factoren), perpetuating factors (aanhoudende factoren), en protective factors (beschermende factoren).

Voorbeeldvragen i.v.m. de voorgeschiedenis

'Wanneer heeft u voor het laatst cannabis gebruikt?'
'Zijn er onlangs veranderingen geweest in de manier waarop u gebruikt?'
'Heeft u ooit geprobeerd om uw cannabisgebruik te verminderen of te stoppen?'
'Rookt u normaal samen met anderen? (Zo ja, vraag dan: 'Zijn dat dan vrienden, familieleden, uw partner?')
'Maakt u zich zorgen over uw cannabisgebruik?'

Voorgeschiedenis geestelijke gezondheid

- Voorafgaande psychiatrische stoornissen, inclusief vastgestelde of vermoedelijke DSM-IV-TR en/of ICD-10 diagnoses.
- Gerelateerde opnames of behandelingen.
- Medicatie.
- Gekende familiegeschiedenis of psychiatrische stoornissen.
- Huidige psychische toestand (zie onderzoek mentale toestand).
- Risico op zelfmoord (nu en in het verleden).

Psychosociale problemen

- Waar nodig, bijkomende informatie van verzorgers/familieleden/vrienden.
- Indicaties van problemen die (on)rechtstreeks gerelateerd zijn aan het cannabisgebruik. (vb. relatieproblemen; lichamelijke, financiële of cognitieve problemen; gerechtelijke problemen; afwezigheid op werk/school)
- Cognitieve screening (geheugen, leesvaardigheden/mogelijkheid om deel te nemen aan CBT)
- Screening op huiselijk geweld. (verplicht in bepaalde settings)
- Sterktes van de cliënt, copingstrategieën en reeds ervaren successen.
- Huidige sociale situatie en ondersteuning.
- Forensische voorgeschiedenis. (details van overtredingen, veroordelingen, en uitgezeten straffen)
- Achtergrondinformatie. (familie, burgerlijke staat, wettelijke betrokkenheid, gezondheid, opleiding, en financiële, tewerkstellings- en woonstatus)

Merk op: De Cannabis Problems Questionnaire (vragenlijst over cannabisproblemen) kan het bewustzijn over psychosociale kwesties ten gevolge van cannabisgebruik verhogen (zie Hoofdstuk 11).

Behandeldoelen

- Cannabisspecifieke behandeldoelen. (onthouding of vermindering van het gebruiksniveau)
- Bijkomende behandeldoelen. (vb. beroep, relatie)

Tip: Het is belangrijk om psychische klachten op regelmatige basis te beoordelen, aangezien cannabisgebruik vaak onderliggende condities kan maskeren die een invloed hebben op het verminderen of stoppen van het gebruik

Motivatie om te veranderen

Ondanks de negatieve gevolgen van cannabisgebruik, heerst er bij veel gebruikers weerstand tegen verandering of hebben ze tegenstrijdige gevoelens en worden ze behandeld onder dwang van anderen (familie, partner, gerecht). Daarom is het belangrijk om de interne en externe motivatie om het cannabisgebruik te veranderen in kaart te brengen; barrières om te veranderen te ontdekken, zoals het eventuele succes van vorige pogingen; de voor- en nadelen van veranderen; en gedragsveranderingen (Miller & Rollnick, 1991).

Manieren om interne factoren te beoordelen

- 'Wat wilt u veranderen?'
- ‘Naar welke veranderingen keek u het meest uit na het stoppen of minderen?
- 'Hoeveel wilt u op dit moment veranderen, op een schaal van 0 tot 10?'
- 'Motiveren de mogelijke gevolgen van cannabisgebruik op uw gezondheid u om te veranderen?'
- 'Motiveert de bezorgdheid over de relatie met iemand die belangrijk is voor u, u om te veranderen?'

Manieren om externe factoren te beoordelen

- 'Zijn er recent gebeurtenissen die u naar hier gebracht hebben om te veranderen?'
- 'Wie in uw leven (vb. familie, echtgeno(o)t(e), levenspartner, dichte vriend) verwacht of wil dat u uw gebruikt verandert?'
- 'Komt u hier om te veranderen omwille van een juridisch bevel?'
- 'Zullen er negatieve gevolgen zijn als u niet verandert?'

Voorafgaande stoppogingen

- Aard, aantal pogingen, langste abstinentie, reden van recent terugval.
- 'Heeft u ooit eerder geprobeerd om te stoppen? Zo ja, waar en hoe?'
- 'Welke poging(en) was (waren) succesvol/niet succesvol?'
- 'Als u nu terugblikt, wat heeft u gedaan (wat heeft u geprobeerd) om de poging(en) te doen slagen/mislukken?'
- 'Kan u me vertellen over wat u van anderen hebt gekregen dat aanvoelde als een grote steun?'
- 'Hoe lang duurde uw langste onthoudingsperiode? Hoe heeft u het zo lang volgehouden?'
- 'Kan u me iets vertellen over de situaties die leidden tot een terugval?'
- 'Hoe waren uw innerlijke conversaties/hoe voelde u zich vlak voor en na de terugval?'
- 'Op een schaal van 0 tot 10, hoeveel vertrouwen heeft u erin dat u deze keer zal slagen?'

Verworven gedragsveranderingen

Bekijk wat de cliënt reeds gedaan heeft om zijn of haar cannabisgebruik te veranderen. Bekijk ook dat wat hij of zij van plan is te doen in de toekomst. Belangrijk: herken en waardeer zijn of haar prestaties tot op heden.

- 'Welke actie(s) heeft u ondernomen om te veranderen sinds het moment waarop u besloot te veranderen (vb. risicovolle situaties vermijden, wegblijven van druggebruikende vrienden, beperking op uitgaven, ...)?'
- 'Welke verdere acties gaat u ondernemen om uw gedrag te blijven veranderen?'

Het beoordelen van de 'stadia van verandering' waarin de cliënt zich bevindt, zoals beschreven door Prochaska en DiClemente (1983), kan door middel van de bezinningsladder of kan door onderstaande opdrachten uit te voeren.

Fase van gedragsverandering	Taken van de therapeut
Pre-contemplatie	• Identificeren van het probleem. • Wees u bewust van het verschil tussen rede en rationalisering. • Gebruik motivationele gespreksvoering om bewustwording en twijfel te installeren. • Verhoog bij de cliënt de perceptie van risico's en problemen m.b.t. het huidige gedrag. • Herinner u dat het doel niet onmiddellijke verandering is, maar help de cliënt door te stromen naar de contemplatiefase.
Contemplatie	• Hou rekening met de voor- en nadelen van het probleemgedrag en de voor- en nadelen van verandering voor de cliënt. • Verzamel informatie over eerdere veranderpogingen. Praat over deze pogingen in termen van 'enig/beperkt succes' in plaats van 'mislukkingen'. • Verken de opties die de cliënt heeft overwogen voorafgaand aan het veranderingsproces en bied aanvullende opties aan indien de cliënt hierin geïnteresseerd is. Vergeet niet dat problematische cannabisgebruikers zelden beginners / nieuwelingen zijn op vlak van het veranderingsproces. • Lok statements over verandering uit.
Voorbereiding	Stel vragen die de cliënt motiveren om een veranderingsplan op te stellen. • Wat denk je dat je zal doen? • Wat is de volgende stap? • Het klinkt alsof dingen kunnen niet blijven zoals ze nu zijn • Wat ga je doen? Ondersteun de cliënt in het opstellen van een actieplan en bij het wegnemen van belemmeringen.
Actie	Help de self-efficacy van de cliënt te verhogen: • Focus op eerdere succesvolle pogingen. • Zet eerdere succesvolle veranderingen in de verf. • Bevestig de inzet van de cliënt.

	• Bied andere succesvolle modellen aan met verschillende opties. • Fungeer als therapeut als monitor van verandering
Consolidatiefase of behoud van gedragsverandering	• Verken de factoren die de crisis tegenwerken en in stand houden • Verstrek informatie • Geef feedback over de vooruitgang • Wees empathisch • Praat over toekomstige ondersteuning en begeleiding

Motivatie inschatten met behulp van een bezinningsladder

De bezinningsladder (Biener & Abrams, 1991), gebaseerd op de 'stadia van verandering' van Miller en Rollnick (1991), is een schaal afgebeeld als een ladder waarbij de hoogste treden de hoogste motivatie om te veranderen voorstellen. De 'Marihuanaladder' voor jongeren in de gevangenis, ontwikkeld door Slavet et al., (2006) werd geassocieerd met een verhoogd engagement van adolescenten (zie Hoofdstuk 12).

Motivatie inschatten door middel van geformaliseerde vragenlijsten

Motivatie om te veranderen kan ook beoordeeld worden met behulp van bekrachtigde tools, inclusief:

- Belang van verandering. (Miller & Johnson, 2008; Rollnick, 1998)
- Vertrouwen in verandering. (Miller & Johnson, 2008; Rollnick, 1998)
- Bereidwilligheid om te veranderen. (Miller & Johnson, 2008; Rollnick, 1998)
- Evenwichtige besluitvorming. (Miller & Rollnick, 2002)
- Redenen voor middelengebruik bij psychotische patiënten. (Spencer, Castle & Michie,

6. Bijkomende maatregelen

Assessment kan gebeuren aan de hand van gevalideerde gestructureerde klinische interviews en door zelfrapportage. Tabel 9 biedt details van aanvullende instrumenten die ondersteund worden door een minimum aan bewijskracht en die beschikbaar zijn in het publieke domein.

Tabel 9: Mogelijkheden om assessment uit te voeren

Domein	Instrument	Items	Opmerkingen
Diagnose van cannabis Diagnose nicotineafhankelijkheid	DSM-IV-TR (APA, 2000) CIDI (Kessler et al., 1998) SCID (First et al., 1997) SCAN (Wing et al., 1990) GAIN (Dennis et al., 2002) Fagerstrom Nicotine Dependence Scale (Heatherton et al., 1991)	6 items	Alle instrumenten zijn gestructureerde interviews en kunnen een differentiaaldiagnose stellen. Identificatie en ernst van nicotineafhankelijkheid.
Ernst	Severity of Dependence Scale (Gossop et al., 1992)	5 items	Assessment van de ernst van afhankelijkheid.
Consumptie	Timeline Followback (Sobell & Sobell, 1996)	/	
Psychosociale problemen	Cannabis Problems Questionnaires (CPQ for adults (Copeland et al., 2005) and adolescents Martin et al., 2006)	22 (adult) 27 (core)	Assessment van fysieke en psychosociale gevolgen van cannabisgebruik.
Ontwenningsverschijnselen	Marijuana Withdrawal Checklist (Budney, Novy & Hughes, 1999)	15	Assessment van de ernst van ontwenningsverschijnselen.
Cognitief functioneren	Adult/Youth Self Report (Achenbach & Edelbrock, 1987) Mental Status Examination (Trzepacz & Baker, 1993)	126 items 10 domeinen	Assessment van cognities. Gestructureerde manier van observeren en een beschrijving van de huidige mentale toestand van de cliënt.
Bereidheid tot verandering	"Readiness to Change" Scale (Rollnick et al., 1992)	12	Ontwikkeld voor gebruik in medische settings.

Domein	Instrument	Items	Opmerkingen
Psychische klachten	Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995) K10 (Kessler et al., 2002) 42 (mini version 21) questions 10 items Rates severity of symptoms of depression, anxiety and stress Scale of psychological distress	42 (korte versie 21) items	Scoort de ernst van symptomen van depressie, angst en stress. Omvang van psychologische klachten.

7. Permanente beoordeling

Net als bij andere middelengerelateerde stoornissen, zijn cliënten geneigd om cannabis te vervangen door een ander middel, zoals alcohol. Daarom is het belangrijk om het gebruik van andere middelen te monitoren en escalatie van gebruik van andere middelen en/of substitutie door een ander middel te controleren. Het monitoren kan helpen bij het nemen van beslissingen over de intensiteit van de behandeling.

8. Feedback na assessment

De resultaten van assessment meedelen aan de cliënt verhoogt zijn kennis over cannabisgerelateerde schade en kan de motivatie om te veranderen verhogen. Recent evidentie toont aan dat gestructureerde feedback kan zorgen voor een aanzienlijke verandering in het gebruikspatroon bij sommige individuen, zelfs zonder gebruik van meer intensieve interventies (Wild et al., 2007; Doumas & Hannah, 2008).

Feedback moet een samenvatting bevatten over het druggebruik en over de druggerelateerde problemen, zoals ook beschreven in de assessment. Aan clinici wordt aangeraden om feedback te kaderen in cijfers over middelengebruik en hieraan gerelateerde problemen bij de algemene bevolking en om de resultaten ook te relateren aan resultaten m.b.t. cannabisgebruikers die behandeling vragen. De feedback wordt best gebracht op een begrijpelijke, objectieve en coöperatieve manier. Bovendien dient rekening gehouden te worden met de culturele gevoeligheden van de cliënt. Er dient opgemerkt te worden dat veel van de instrumenten in deze richtlijn niet gevalideerd zijn voor diverse culturele groepen en dus mogelijk niet geschikt zijn voor gebruik in sommige groepen. Zoals steeds moet de clinicus zelf de inschatting maken hoeveel feedback hij kan geven en op welk tijdstip.

Samengevat moeten clinici op een empathische, niet-veroordelende en niet-bedreigende manier feedback geven. Een dergelijke aanpak zorgt ervoor dat de patiënt zich de voordelen van verandering kan inbeelden, wat zijn motivatie om te veranderen zal verhogen. Na de feedback moet het mogelijk zijn voor de cliënt om zijn eigen behandeldoelen op te stellen. Dergelijk proces leidt tot een samenwerkingssfeer, waardoor de kans groter is dat er verandering bereikt wordt dan in een gedwongen sfeer. Clinici moeten er naar streven hun cliënten in staat te stellen de veranderingen die ze besloten hebben te maken, vol te houden.

Hoe geef ik feedback op middelenafhankelijkheid?

'Het cannabisgebruik dat u rapporteert en de problemen die u beschrijft, zoals afwezigheid op het werk, slecht slapen en problemen als u niet gebruikt, suggereren dat u misschien afhankelijk bent van cannabis. Hoezeer stemt dat overeen met uw zicht op uw gebruik?'

9. Samenvatting

Voer een uitgebreide assessment uit met aandacht voor de opbouw van een vertrouwensrelatie. Voorzie feedback vanuit de assessment, met als doel het inzicht te verhogen dat het cannabisgebruik aandacht nodig heeft
Blijf de verkregen informatie herzien en controleren tijdens de verschillende stadia van de behandeling

Aanbevelingen	Evidentie
Een grondige assessment omvat een klinisch interview en gestructureerde vragenlijsten zoals de SDS, TLFB. Instrumenten zoals de MWC zijn niet onderbouwd door evidentie van niveau A.	A
De kernelementen van assessment zijn patronen van druggebruik, psychosociaal functioneren, algemene gezondheid, psychiatrische symptomatologie, bereidheid om te veranderen en behandeldoelen.	A
Routineuze beoordeling van vaak voorkomende psychiatrische problemen (bijvoorbeeld depressie, angst en psychotische symptomen) moet plaatsvinden tijdens de assessment en dient regelmatig herhaald te worden.	A
Wanneer het mogelijk is, en met de cliënt zijn toestemming, dient informatie van familie en andere verzorgenden te worden gebruikt.	C

10. Referenties

Achenbach, T.M. & Edelbrock, C.S. (1991). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profile.* Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition* (DSM-IV-TR). Arlington, VA: APA.

Beich, A., Thorsen, T. & Rollnick, S. (2003). Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: Systematic review and metaanalysis.*British Medical Journal 327*, 536–542.

Biener, L. & Abrams, D. (1991). The contemplation ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology 10*, 360–365.

Budney, A.J., Novy, P. & Hughes, J.R. (1999). Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction 94*, 1311–1322.

Copeland, J., Gilmore, S., Gates, P., & Swift, W. (2005). The cannabis problems questionnaire: Factor structure, reliability and validity. *Drug and Alcohol Dependence 80*(3), 313–319.

Dennis, M., Babor, T.F., Roebuck, M.C., & Donaldson, J. (2002). Changing the focus: The case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction 97*, 4–15.

Doumas, D. & Hannah, E. (2008). Preventing highrisk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse Treatment 34*(3), 263–271.

First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinician version (SCID-I Administration Booklet)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., & Strang, J. (1992). Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *British Journal of Addiction 87*, 1527–1536.

Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C., & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence : A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction 86*, 1119–1112.

Kessler, R.C., Andrews, G., Colpe, L.J., Hiripi, E., Mroczek, D.K., Normand, S.L.T., Walters, E.E., & Zaslavsky, A. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine 32*(6), 959–976.

Kessler, R.C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, T.B., & Wittchen, H.U. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research 7*(4), 171–185.

Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy 33*, 335–343.

Martin, G., Copeland, J., Gates, P., & Gilmour, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence 83*, 90–93.

Miller, W.R. & Johnson, W.R. (2008). A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors 33*(9), 1177–1182.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (eds.) (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consultant and Clinical Psychology 51*, 390–395.

Rollnick, S. (1998). Readiness, importance and confidence: Critical conditions of change in treatment. In W. Miller & N. Heather (eds.), *Treating Addictive Behaviors*, 2nd edn. London: Plenum Press, pp. 49–60.

Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short "readiness to change" questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *British Journal of Addiction 87*, 743–754.

Slavet, J., Stein, L., Colby, S., Barnett, N., Monti, P., Golembeske, C., & Lebeau-Craven, R. (2006). The Marijuana Ladder: Measuring motivation to change marijuana use in incarcerated adolescents. *Drug and Alcohol Dependence 83*, 42–48.

Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1996). *Timeline Followback User's guide: A calander method for assessing alcohol and drug use.* Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.

Spencer, C., Castle, D. & Michie, P.T. (2002). Motivations that maintain substance use among individuals with psychotic disorders. *Schizophrenia Bulletin 28*(2), 233–247.

Trzepacz, P.T. & Baker, R.W. (1993). *The psychiatric mental status examination.* Oxford, U.K.: Oxford University Press.

Wild, T., Cunningham, J. & Roberts, A. (2007). Controlled study of brief personalized assessment -feedback for drinkers interested in self-help. *Addiction 102*(2), 241–250.

Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Jablensky, A., Regier, D., & Sartorius, N. (1990). SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry 47*, 589–593.

Zweben, A. & Zuckoff, A. (2002). Motivational interviewing and treatment adherence. In W.R. Miller & S. Rollnick (eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 2nd edn. New York: Guilford Press, 199–219.

Hoofdstuk 5: Ontwenningsmanagement

1. Cannabisontwenning

Zoals vermeld in hoofdstuk twee, zijn de meest voorkomende ontwenningssymptomen prikkelbaarheid, angst/nervositeit, rusteloosheid, slaapproblemen (inclusief vreemde dromen), woede en agressie. De symptomen verschijnen doorgaans na één tot drie dagen onthouding, met een piek tussen dag twee en zes, en duren vier tot 14 dagen (Budney et al., 2003; Budney & Hughes, 2006).

2. Ondersteuning tijdens de ontwenning

Cliënten met ontwenningssymptomen ondersteunen, kan het volgende omvatten:

- Mondelinge en geschreven informatie verschaffen over wat de cliënt kan verwachten tijden de ontwenning (zie hand-out ontwenning). Het is belangrijk om de cliënten te informeren dat ze niet noodzakelijk alle symptomen zullen vertonen en dat de ernst ervan van veel factoren afhankelijk is.
- Een plan opmaken om met de ontwenning om te gaan.
- De angsten van de cliënt over ontwenningssymptomen erkennen.
- Zorgen voor het geschikte niveau van ondersteuning.

3. Andere invloeden op ontwenning

Onderzoek heeft aangetoond dat de ontwenningssymptomen de stoppogingen omgekeerd evenredig beïnvloeden, omdat cannabisgebruikers melden dat het gebruik van cannabis en/of andere drugs de symptomen verlicht (Copersino et al., 2006). Bepaalde afhankelijke cliënten zullen zich er niet van bewust zijn dat ze cannabis gebruiken om hun ontwenningssymptomen te verlichten. Cliënten hebben het vaak moeilijk om een onderscheid te maken tussen de vermindering van de ontwenningssymptomen en een verhoging van genot, veroorzaakt door de extase. Tabel 10 geeft variabelen aan die de ontwenning kunnen beïnvloeden.

Tabel 10: Variabelen die ontwenning kunnen beïnvloeden

Psychiatrische comorbiditeit, inclusief persoonlijkheidsstoornissen
Dosis: hoeveelheid en kracht van het gebruikte middel
Duur van het gebruik
Vorige ervaringen met ontwenning: angst, paniekaanvallen, slapeloosheid
Eerder of huidig ander middelengebruik
Verleden van agressie of geweld, andere persoonlijkheidskenmerken
Setting: ambulante ontwenning kan als zwaarder worden ervaren dan residentiële ontwenning
Context: vrijwillig versus gedwongen
Ondersteuning: professioneel, familiaal, sociaal
Populatie: ernstiger bij mensen die behandeling zoeken

4. Assessment van ontwenningssymptomen

Momenteel is er geen valide instrument dat de ontwenning van cannabis meet. Onderzoekers vertrouwen op de Marijuana Withdrawal Checklist (MWC, Marihuana Ontwenningschecklist) (Budney, Novy & Hughes, 1999) om de ontwenning van cannabis bij adolescenten en volwassenen te beoordelen. Er zijn meerdere versies van de MWC verschenen in de literatuur; recent werd er een versie met 15 items gebruikt om symptomen bij cliënten vast te stellen (Budney et al., 2008). Om de ontwenningssymptomen te controleren, kunnen de cliënten de MWC dagelijks invullen (Zie sectie 'Screening tools'). Indien mogelijk moet het monitoren van de ontwenningssymptomen minstens één dag voor het stoppen aanvangen, om zo een correcte basiswaarde te verkrijgen van de ontwenningsgerelateerde symptomen en gedragingen. Aangezien de meeste symptomen afnemen binnen de zes dagen, moet er een dagboek bijgehouden worden gedurende minstens zeven dagen. Aangezien slaapproblemen voor sommige cliënten langer kunnen aanhouden, kan het dagboek voortgezet worden gedurende een maand.

5. Wat is de meest geschikte setting voor ontwenning?

Ontwenningssymptomen voor cannabis kunnen veilig behandeld worden in een poliklinische setting, maar bij sommige cliënten is een residentiële opname nodig. De nood aan residentiële opname moet beoordeeld worden op individuele basis en moet gebeuren op basis van voorafgaande stoppogingen van de cliënt, persoonlijke en familiale omstandigheden en mentale of fysieke gezondheidsoverwegingen.

6. Ontwenning van meerdere drugs

We raden aan dat cannabisgebruikende cliënten die zich aanmelden voor de behandeling van een alcoholverslaving of problemen met ander middelengebruik, hun cannabisgebruik minderen terwijl ze het gebruik van de drug waarvoor ze in behandeling zijn ook verminderen. Evidentie toont aan dat het cannabisgebruik niet noodzakelijk moet verminderen om een goed resultaat te boeken voor het middel waarvoor men effectief in behandeling is. Cliënten met een ernstige alcoholverslaving en/of psychiatrische aandoeningen hebben waarschijnlijk bijkomende behandeling nodig.

Wat als cannabis niet de enige drug is die de cliënt regelmatig gebruikt?

Er is geen onderzoek dat aangeeft met welk middel een cliënt eerst moet stoppen. Doorverwijzingsprocedures o.b.v. best practices moeten gevolgd worden als een clinicus vindt dat ander druggebruik van de cliënt een interventie (inclusief medicatie) rechtvaardigt.

Is tabaksontwenning gelijkaardig aan cannabisontwenning?

Cannabis- en tabaksgebruik komen vaak samen voor en veel van de ontwenningssymptomen zijn gelijkaardig. Onderzoek of de cliënt zowel cannabis- als tabaksontwenning ervaart.

Ontwenningssymptomen van tabak

Cannabisrokers roken vaak tabak, hetzij met cannabis, hetzij apart. Cliënten die enkel roken tijdens hun cannabisgebruik moeten geïnformeerd worden dat ze ook ontwenning van tabak kunnen ervaren, naast ontwenning van cannabis. Clinici moeten de ontwenning van beide middelen monitoren en moeten een nicotine vervangende therapie overwegen voor hevige tabaksrokers die enkel tabak roken samen met cannabis. (Tabel 11 toont de timing van typische nicotine ontwenningssymptomen.) Vermindering in het tabaksgebruik kan ook veranderingen in de speekselproductie veroorzaken, wat verholpen kan worden door het regelmatig drinken van kraantjeswater.

Tabel 11: Symptomen, duur en prevalentie van ontwenningsverschijnselen bij tabak.

Symptoom	Duur	Incidentie
Geïrriteerdheid/agressie	<4 weken	50%
Depressie	<4 weken	60%
Rusteloosheid	<4 weken	60%
Verminderde concentratie	<2 weken	60%
Verhoogde eetlust	>10 weken	70%
Zich licht in het hoofd voelen	<48 uur	10%
's Nachts wakker worden	< 1 week	25%
Constipatie	>4 weken	17%
Zweertjes in de mond	>4 weken	40%
Drang om te roken	>2 weken	70%

7. Farmacotherapie bij stoornissen in het cannabisgebruik

Er bestaan een aantal studies naar farmacotherapie bij de behandeling van cannabisontwenning. Bupropion, divalproex, lofexidine, naltrexone, nefazadone, mirtazapine, lithium en orale THC werden geëvalueerd in labo studies, maar slechts drie studies onderzochten de effectiviteit bij personen die een behandeling zoeken. Een overzicht van deze studies kan gevonden worden in Copeland & Swift (2009). Aangezien de clinical trials van mogelijke medicatie bij de behandeling van cannabisgerelateerde stoornissen zich nog in een vroeg stadium bevinden, kan er geen aanbeveling gedaan worden op vlak van effectieve farmacotherapieën.

8. Geleidelijk versus plots stoppen

Er zijn geen studies die aangeven of een geleidelijke vermindering van cannabisgebruik ontwenningssymptomen kan verminderen of cliënten een betere slaagkans biedt dan plots stoppen. Literatuur over alcohol en andere drugs en klinische ervaring in de behandeling van cannabisverslaving geeft aan dat een periode van cannabisonthouding het voor diegenen met een cannabisverslaving waarschijnlijker maakt dat ze hun cannabisgebruik ook op lange termijn zullen kunnen beheersen. Cliënten die geleidelijk aan willen stoppen, moeten een stopdatum in de komende twee of drie weken vastleggen.

9. Symptoomgerichte aanpak van ontwenning

Aangezien de ontwenning van cannabis gepaard gaat met een aantal ontwenningssymptomen waarvoor geen medicatie beschikbaar is die de ernst ervan vermindert, kan een andere aanpak overwogen worden, namelijk medicatie die de individuele ontwenningssymptomen aanpakt. Deze aanpak is echter niet evidence-based. Bijgevolg moeten artsen het nut van een symptomatische behandeling geval per geval beoordelen. Zo kan een arts het bijvoorbeeld geschikt achten om een korte kuur van verdovende-hypnotische medicatie (met een lage dosis) voor te schrijven voor een cliënt met slaapproblemen.

Aangezien sommige cliënten die afhankelijk zijn van cannabis geneigd zijn om een afhankelijkheid te ontwikkelen voor andere psychoactieve drugs, wordt er aangeraden dat een familielid, wanneer mogelijk, de medicatie toedient en/of het gebruik van de voorgeschreven medicatie controleert. Bovendien blijft dit regime best beperkt tot een maximum van vijf dagen.

Voor een cliënt die ook symptomen van een angststoornis, acute psychose, manie of reactieve depressie vertoont, wordt een assessment door een psychiater aanbevolen. Diagnosticeerbare psychiatrische aandoeningen kunnen duidelijk worden op het einde van de ontwenning, en een lange termijn medicatiekuur kan worden overwogen eens de diagnose duidelijk is.

OPGEPAST

Benzodiazepines voorschrijven wordt niet aangeraden als aanpak bij cliënten in ontwenning van cannabis. Als er medicatie opties overwogen worden, wordt het aangeraden een specialist te raadplegen. De kuur moet plaatsvinden op korte termijn en moet zorgvuldig gecontroleerd worden.

10. Trapsgewijze behandeling bij ontwenningssymptomen

Net zoals bij andere psychoactieve drugs is het onwaarschijnlijk dat enkel fysieke ontwenning van cannabis zal leiden tot gedragsveranderingen op lange termijn. Ontwenning moet een onderdeel vormen van een zorgcontinuüm. Dit wil zeggen dat er nazorg gepland moet worden. Indien externe ondersteuning nodig is, moet de doorverwijzing op een goede manier gebeuren en moet een externe casemanager de doorverwijzing coördineren. Het plannen van de voortgezette begeleiding na de ontwenning kan formeel of informeel (de deur op een kier laten zodat cliënten kunnen terugkeren) gebeuren, afhankelijk van de procedures van uw voorziening.

11. Psycho-educatie en zelfhulp bij ontwenningssymptomen

Omdat het onderzoek naar ontwenning van cannabis nog in zijn kinderschoenen staat, zijn er weinig studies over de effectiviteit van psychosociale interventies voor het omgaan met cannabisontwenning. Uit de verslavingsliteratuur blijkt dat psychosociale interventies voor het omgaan met cannabisontwenning goed onderbouwd zijn. Deze interventies omvatten zowel het geven van correctie informatie aan de cliënt over de aard en het verloop van de ontwenningssymptomen (zie psycho-educatie werkblad) als het helpen van cliënten bij het ontwikkelen van een behandelingsstrategie bij mogelijke symptomen. Zelfhulpstrategieën die in de verslavingsliteratuur ondersteund worden door een sterke bewijskracht omvatten slaaphygiëne, geleidelijke spierontspanning, meditatie en sociale steun.

Cliënten moeten aangemoedigd worden om een dagboek bij te houden van de symptomen die ze ervaren gedurende de ontwenningsperiode. Strategieën om dit te doen vindt u in Tabel 12. Het dagboek kan besproken worden tijdens de behandelingssessies en kan de patiënt en de clinicus bijstaan in het bepalen welke strategieën effectiever zijn. Het helpt bij het aantonen van symptoomvermindering. Het is belangrijk om aan de cliënt uit te leggen dat de ontwenningssymptomen erg individueel zijn en dat ze niet noodzakelijk alle symptomen zullen ervaren. Bij elke sessie is het belangrijk om opnieuw samen met de cliënt die symptomen te bekijken die wel en niet verminderd zijn en het te hebben over de gebruikte strategieën en hun effectiviteit.

Tabel 12: Symptomen en aanbevolen behandelingen

Ontwenningsymptoom	Aangeraden psychosociale interventie	Uitleg over de interventie
Slaapproblemen	Graduele spierontspanningsmethode Relaxatie o.b.v. beelden	Een relaxatietechniek ontwikkeld om de spanning in de spieren te verminderen. Het is behulpzaam bij hardnekkig wederkerende gedachten Een begeleide aanpak die erop gericht is een veilige en ondersteunde ruimte te creëren in de gedachten van de cliënt
Craving	Urge surfing	Een cognitieve techniek gebruikt om om te gaan met golven van craving
Woede/Irritatie	Uitdagen van irrationele overtuigingen Fysieke activiteit Relaxatie en copingstrategieën	Een techniek die overtuigingen probeert te verminderen die leiden tot niet constructieve gedragspatronen
Stemmingswisselingen	Stemmingsmanagement Copingsstrategieën Plannen van activiteiten	Leren om te gaan met moeilijke emoties zoals woede, depressie, angst en een lage zelfwaarde. Strategieën die stressvolle situaties waarin de kans op terugval hoog is verlichten, of de cliënt er mee leren om te gaan. Vaardigheden om aangename activiteiten die plezierig zijn en negatieve percepties teniet doen, te plannen.

Zie werkbladsectie in de oorspronkelijke richtlijn voor voorbeelden van deze interventies.

12. Samenvatting

Ontwenningssymptomen komen vaak voor bij cliënten die vaak cannabis gebruiken. Hoewel de ontwenningssymptomen over het algemeen mild zijn, kunnen ze onthouding bemoeilijken. Controle van de symptomen en het communiceren over hun rol in het verloop van cannabisontwenning kunnen bruikbare interventies zijn. Tot op heden is er geen goedgekeurde medicatie beschikbaar om te helpen bij ontwenning van cannabis.

Aanbeveling	Evidentie
Ontwenningssymptomen moeten, onafhankelijk van de setting, onderzocht worden tijdens routine assessment.	B
Tijdens ontwenning moeten psychosociale interventies overwogen worden voordat men farmacotherapie overweegt.	C
Monitoring van ontwenningsverschijnselen en aangepaste psycho-educatie kunnen handige interventies zijn.	C
Hoewel er momenteel geen evidentie is dat het gebruik van farmacotherapie bij het verbeteren van ontwenningsverschijnselen ondersteunt, moet voor specifieke ontwenningsgerelateerde symptomen het gebruik van geschikte medicijnen op korte termijn worden overwogen.	D

13. Referenties

Budney, A. & Hughes, J. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinions in Psychiatry 19*, 233–238.

Budney, A.J., Moore, B.A., Vandrey, R.G., & Hughes, J.R. (2003). The time course and significance of cannabis withdrawal. *Journal of Abnormal Psychology 112*(3), 393–402.

Budney, A.J., Novy, P. & Hughes, J.R. (1999). Marijuana withdrawal among adults seeking treatment for marijuana dependence. *Addiction 94*, 1311–1322.

Budney, A.J., Vandrey, R.G., Hughes, J.R., Thostenson, J.D., & Bursac, Z. (2008). Comparison of cannabis and tobacco withdrawal: Severity and contribution to relapse. *Journal of Substance Abuse Treatment 35*(4), 362–368.

Copeland, J. & Swift, W. (2009). Cannabis use disorder: Epidemiology and management. *International Review of Psychiatry 21*(2), 96–103.

Copersino, M.L., Boyd, S.J., Tashkin, D.P., Huestis, M.A., Heishman, S.J., Dermand, J.C., Simmons, M.S., & Gorelick, D.A. (2006). Cannabis withdrawal among non-treatment-seeking adult cannabis users. *American Journal on Addiction 15*(1), 8–14.

McEwen, A., Hajek, P., McRobbie, H., & West, R. (2006). Manual of smoking cessation: A guide for counsellors and practitioners. London: Blackwell; 2005.

Hoofdstuk 6: Kortdurende interventies

1. Overzicht van kortdurende interventies

Kortdurende interventies en vroeginterventie zijn bedoeld om cliënten op te sporen en in te grijpen bij cliënten die, ongeacht of ze voldoen aan de criteria voor een cannabisgerelateerde stoornis, problemen ervaren als resultaat van hun gebruik en die het risico lopen op afhankelijkheid. **Vroeginterventie** is over het algemeen opportunistisch en geschikt voor cliënten die nog geen specifieke hulpvraag hebben over cannabis, maar wiens gebruik wel gezien wordt als risicovol. Een **kortdurende interventie** is bedoeld om het risico op schade ten gevolge van cannabisgebruik te verminderen. Abstinentie zorgt voor de grootste schadebeperking, maar niet alle cliënten zijn er klaar en gemotiveerd voor. Daarom kan het streven naar en bereiken van kleinere en tussenliggende doelen, zoals het verminderen van gebruik of enkel gebruiken in minder risicovolle situaties, het cliënten mogelijk maken om hun gebruik te beheersen. Die beheersing kan op zijn beurt de motivatie van de cliënt om te werken aan moeilijker bereikbare doelen, zoals abstinentie, verhogen.

Kortdurende interventies variëren over het algemeen van één tot negen sessies en omvatten o.a. het voorzien van zelfhulpmateriaal, korte assessment/screening, het geven van advies en informatie, assessment van de motivatie voor verandering, probleemoplossing, doelen stellen, voorkomen van terugval, schadebeperking, en nazorg (Marsh, Dale & Willis, 2007). Een aantal grootschalige trials in de Verenigde Staten en Australië (zie Tabel 13) bieden onderbouwing voor vier gedragsmatige interventies: Motivational Interviewing of motivationele gespreksvoering (MI), Motivational Enhancement Therapy of Motivatie Verhogende Therapie (MET), Cognitive Behavioral Therapie of Cognitieve Gedragstherapie (CBT) en Contingency Management (CM). De meest onderbouwde behandeling is CM, samen met CBT (Budney et al., 2006).

Aangezien het optimale aantal sessies onbekend is, worden in dit hoofdstuk twee mogelijkheden voor interventies beschreven. Eerst wordt informatie aangeboden over een kortdurende interventie van twee sessies voor cliënten die relatief weinig problemen ondervinden met hun cannabisgebruik of voor cliënten die niet gemotiveerd zijn voor intensievere behandelingen. Ten tweede worden de gemeenschappelijke componenten beschreven die gebruikt worden in verschillende evidence-based interventies, zodat u, op basis van de noden van de cliënt, componenten kan toevoegen aan de basisbehandeling van twee sessies. Aangezien de meeste programma's variëren van vier tot zes sessies, bieden we een programma aan dat zes weken duurt en dat op maat gemaakt wordt van elke cliënt.

Auteur	N	Onderzoeks ontwerp	Interventie	Resultaten	Beschikbare handleiding
Stephen et al., 1994	212	Volwassenen, 2 groepen, follow-up na 12 maanden	CBT vs social support group (discussie)	Bij beide groepen was er een significante vermindering in het cannabisgebruik. Er waren geen significante verschillen tussen beide groepen op vlak van het aantal dagen cannabisgebruik, cannabisgerelateerde problemen of abstinentie	nvt
Stephens et al., 2000	291	Volwassenen, 3 groepen, follow-up na 12 maanden	14 sessies CGT in groep vs 2 sessies MVT vs delayed treatment control (DTC)	Beide groepen vertoonden grotere verbeteringen dan DTC. Er was geen significant verschil in de resultaten	nvt
Budney et al., 2006	60	Volwassenen, 3 groepen, geen follow-up	4 sessies MET vs 14 sessies MVT/CBT vs MET en vouchers (MET/CBT+V)	Geen significant verschil in abstinentie tussen de MET en MET/CBT groepen. Bij MET/CBT+V duurde de abstinentie langer en waren er meer abstinente cliënten dan in de andere groepen.	Neen
Copeland et al, 2001	229	Volwassenen, 3 groepen, follow-up na 6 maanden	6 sessies MET/CBT vs 1 sessie MET/CBT vs DTC	Beide behandelgroepen rapporteerden betere resultaten (grotere abstinentie aantallen, minder cannabisgerelateerde problemen, minder zorgen over cannabisgebruik) dan DTC	Neen

Auteur	N	Onderzoeks-ontwerp	Interventie	Resultaten	Beschikbare handleiding
Sinha et al., 2003		Jongvolwassenen in probatie, twee groepen, follow-up na 1 maand	3 sessies MET vs 3 sessies MET + vouchers	Vouchers vergroten aanwezigheid in de behandeling, maar hebben geen invloed op cannabisgebruik. De voucher was bedoeld voor aanwezigheid en niet voor abstinentie	nvt
Cannabis Treatment Research Project Group, 2004	450	Volwassenen, 3 groepen, multi-site, follow-up na 12 maanden	9 sessies MET/CBT vs 2 sessies MET vs DTC	Beide behandelgroepen vertoonden een grotere verbetering dan DTC bij de meeste resultaten. De 9 sessies verminderden cannabisgebruik en gerelateerde gevolgen meer dan de 2 sessies	Ja, Steinberg et al., 2005
Budney et al., 2006	90	Volwassenen, 3 groepen, follow-up na 12 maanden	14 sessies MET/CBT vs MET/CBT met vouchers (MET/CBT + V) vs enkel vouchers	Tussen MET/CBT+V en enkel vouchers is er geen verschil in de aanvang van abstinentie tijdens de behandeling, maar beiden zijn beter dan aanbieden van enkel MET/CBT. Op vlak van abstinentie na de behandeling scoort MET/CBT+V beter dan enkel vouchers of MET/CBT	Neen

Auteur	N	Onderzoeks-ontwerp	Interventie	Resultaten	Beschikbare handleiding
Caroll et al., 2006	136	Jongvolwassenen, 4 groepen, follow-up na 6 maanden	MET/CBT vs MET/CBT en vouchers (MET/CBT+V) vs enkel vouchers vs casemanagement	Vouchers verbeterden de retentie en abstinentie, met de beste resultaten bij MET/CBT+V. MET/CBT verbeterde de zelfrapportage van verminderd cannabisgebruik tijdens follow-up	nvt
Kadden et al., 2007	240	Volwassenen, 4 groepen, follow-up na 12 maanden	MET/CBT vs MET/CBT+vouchers vs individuele begeleiding (IB) vs IB met voucher	Vouchers veroorzaakten betere abstinentieresultaten. MET/CBT+V vertoonden de hoogste aantallen van abstinentie tijdens follow-up	nvt
Dennis et al., 2002	600	Jongeren 15-16 jaar	5 sessies MET/CBT vs 12 sessies MET/CBT vs gezinsonder-steuning	Alle interventies vertoonden significante effecten van de behandeling na 12 maanden. Geen behandeling was superieur aan een andere.	Ja
Martin & Copeland, 2008	40	Jongeren 14-19 jaar	2 sessies MET vs DTC	De interventiegroep vertoonde significant grotere verminderingen in de frequentie van gebruik en in afhankelijkheids-symptomen	Ja

2. Succesvolle elementen van kortdurende interventies

Miller en Sanchez (1993) keken naar een aantal kortdurende alcoholinterventies en concludeerden dat ze zes gemeenschappelijke effectieve componenten hebben.

F. **Feedback.** Geef feedback vanuit uw klinische assessment.

R. **Responsibility - verantwoordelijkheid:** Benadruk een persoon zijn individuele verantwoordelijkheid voor zijn/haar druggebruik en bijhorend gedrag.

A. **Advies.** Bied duidelijk, handig advies en zelfhulpmateriaal aan.

M. **Menu.** Bied een aantal opties op vlak van gedragsverandering en interventies

E. **Empathie.** Druk niet-veroordelende empathie en steun uit

S. **Self-efficacy - eigen effectiviteitsverwachting:** Beklemtoon uw geloof in de mogelijkheid om te veranderen.

De FRAMES interventie kan onderverdeeld worden in twee grote fases:

(1) motivatie om te veranderen opbouwen, en

(2) versterken van de overtuiging om te veranderen (Miller & Rollnick, 1991)

Hieronder staat meer informatie over de meest veelbelovende technieken. Deze technieken zijn effectief in de bredere verslavingszorg, en aan clinici wordt aanbevolen om specifieke en degelijke training te volgen over cognitieve en gedragsmatige strategieën en over motivatieverhogende technieken.

3. Motivationele gespreksvoering

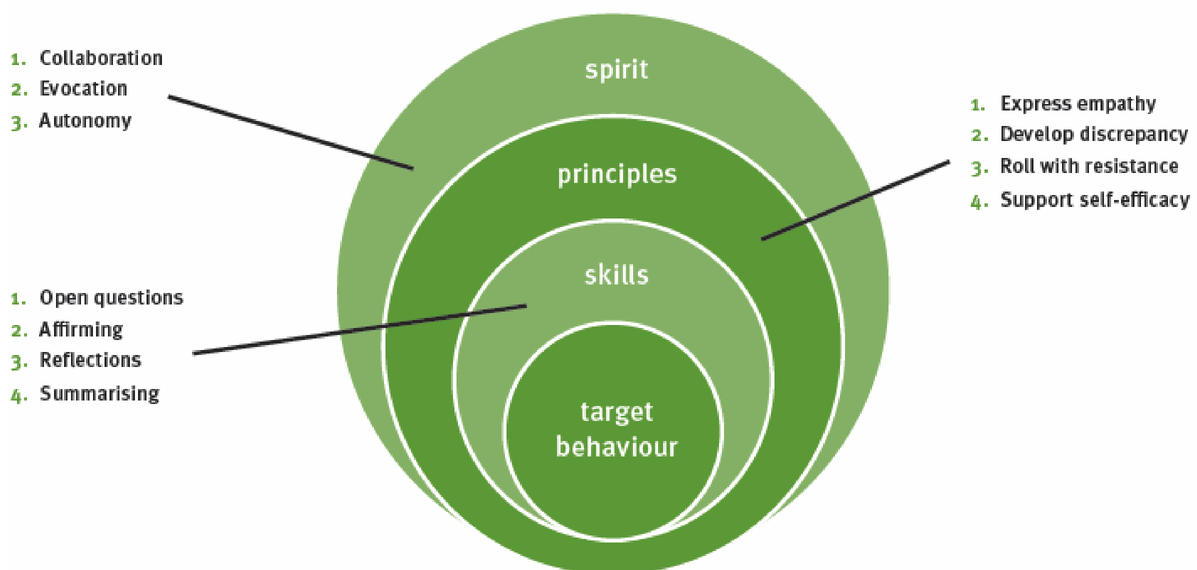
Motivationele gespreksvoering (MI) is een klinische strategie ontwikkeld om de veranderingsbereidheid van de cliënt te verhogen. MI kan ingebouwd worden in hulpverlening, assessment en kortdurende interventie en zorgt voor een verhoging van het bewustzijn van de cliënt van de mogelijke problemen, gevolgen en risico's ten gevolge van een hun gedrag. De belangrijkste doelstellingen zijn het opbouwen van een verstandhouding, op gang brengen van de conversatie over verandering en cliënten te engageren. De aanpak zorgt voor het opsporen en oplossen van ambivalentie bij de cliënt, daarom is hij geschikt voor cliënten in een gedwongen behandeling (d.w.z. diegenen die door de rechtbank doorgestuurd werden) of die nadenken over verandering maar nog niet echt klaar zijn om over te gaan tot actie. Ambivalentie wordt als normaal aanvaard.

MI wordt ondersteund door meer dan 80 klinische gerandomiseerde gecontroleerde trials (Hettema, Steele & Miller, 2005) bij verschillende populaties en gedragingen, inclusief middelengerelateerde stoornissen, gezondheidspromotie, afhankelijkheid van medicatie en behandeling van psychiatrische stoornissen.

- Miller en Rollnick (1991) identificeerden essentiële eigenschappen in de stijl van de clinicus die in de lijn liggen van de basisprincipes van motivationele gespreksvoering. Ze gingen er van uit dat deze belangrijker zijn dan om het even welke specifieke

techniek. Zij duidden volgende eigenschappen als belangrijk aan: samenwerken met de cliënt en streven naar het begrijpen van iemands standpunt, in het bijzonder door middel van reflectief luisteren, samenvatten en bevestigen (zie hieronder).

- MI betekent het uitlokken en selectief versterken van de zelfmotiverende statements van de cliënt.
- MI vereist het monitoren van de veranderingsbereidheid en het bekomen van minimale weerstand door de afstemming van de aanpak op het stadium van verandering van de cliënt.
- MI promoot de autonomie van de cliënt.



Miller en Rollnick (2002) hebben vier basis motivatieprincipes beschreven die aan de grondslag liggen van MI:

1. Het uitdrukken van empathie

2. Het ontwikkelen van cognitieve dissonantie

3. Aan de slag gaan met weerstand

4. Ondersteunen van self-efficacy

1. Het uitdrukken van empathie

In MI wil men respect voor de cliënt overbrengen. Communicatie die een superieure-inferieure relatie tussen de clinicus en de cliënt impliceert, wordt vermeden. De rol van de clinicus omvat een combinatie van een steunbiedende partner en een goed geïnformeerde consultant. De keuzevrijheid en zelfsturing van de cliënt worden

gerespecteerd. Bij deze zienswijze kan *enkel* de cliënt beslissen om te veranderen en kan enkel hij of zij die keuze uitvoeren. De clinicus zoekt manieren om de cliënt aan te vullen en te ondersteunen, in plaats van de cliënt te kleineren of af te breken. MI is voornamelijk *luisteren* in plaats van *vertellen*. Het overtuigen gebeurt zacht, subtiel, en steeds in de veronderstelling dat de verandering in handen is van de cliënt. De kracht van dergelijke zachte, subtiele, niet-agressieve overtuiging wordt wereldwijd erkend in klinische literatuur, inclusief het advies van Bill Wilson over 'werken met anderen' (Anonieme Alcoholici, 1976). Reflectief luisteren (gepaste empathie) is een sleuteleigenschap tijdens motivationele gespreksvoering. Het pleit voor het aanvaarden van cliënten zoals ze zijn en ondersteunt hen in hun veranderingsproces.

2. Het ontwikkelen van cognitieve dissonantie

Motivatie voor verandering ontstaat als mensen een *verschil opmerken tussen waar ze zijn en waar ze zouden willen zijn.* MI wil de aandacht van de cliënt voor zulke verschillen verhogen en wil er de nadruk op leggen. Wanneer de cliënt niet actief geëngageerd is in het nadenken over verandering, kan het nodig zijn om dergelijk verschil te *bewerkstelligen* door het bewustzijn van de cliënt met betrekking tot de schadelijke persoonlijke gevolgen van zijn druggebruik te verhogen. Als dergelijke informatie zorgvuldig gepresenteerd wordt, kan de motivatie om te veranderen verhogen. Als gevolg daarvan kan de bereidheid van de cliënt om deel te nemen aan een openhartige discussie over de verandering verhogen, om zo het waargenomen verschil te verminderen en opnieuw een emotioneel evenwicht te vinden. In andere gevallen belandt de cliënt in een latere 'contemplatie' fase en is er minder tijd en moeite nodig om de cliënt naar het punt te brengen waarop hij of zij beslist om te veranderen.

3. Aan de slag met weerstand

Een cruciale factor binnen deze aanpak is hoe de clinicus omgaat met weerstand van de cliënt. Strategieën binnen motiverende gespreksvoering confronteren weerstand niet frontaal, maar bewegen eerder mee met het moment, met als doelstelling het inzicht van de cliënt tijdens het proces te veranderen. Nieuwe manieren van denken over problemen worden aangemoedigd, maar niet opgelegd. Ambivalentie wordt gezien als iets normaal, niet als iets pathologisch, en wordt openlijk verkend. *Oplossingen worden meestal aangebracht door de cliënt, eerder dan dat ze aangebracht worden door de clinicus.* Deze benadering om met weerstand om te gaan wordt later meer gedetailleerd beschreven.

4. Ondersteunen van eigen effectiviteitsverwachting

Iemand die overtuigd is dat hij/zij een ernstig probleem heeft, zal niet neigen naar verandering, behalve als er kans is op slagen. Bandura (1982) beschreef self-efficacy of eigen effectiviteitsverwachting als een bepalende determinant voor gedragsverandering. De eigen effectiviteitsverwachting is, in essentie, het geloof dat iemand een bepaald gedrag *kan* vertonen of een specifieke taak *kan* voltooien. Cliënten moeten met andere woorden overtuigd zijn dat ze hun druggebruik kunnen veranderen en dus ook de gerelateerde problemen kunnen verminderen. In de spreektaal wordt dit misschien hoop of optimisme genoemd, hoewel het niet de algemene optimistische aard is die hier cruciaal is, maar wel het specifieke geloof van de cliënt dat hij zijn drugprobleem kan veranderen. Indien dit element niet aanwezig is, zal een crisis veroorzaakt door

discrepantie waarschijnlijk uitmonden in defensief copinggedrag om het ongemak te verminderen (vb. rationaliseren, ontkennen), zonder dat het gedrag verandert. Dit is een logische en natuurlijke bescherming. Als iemand weinig hoop heeft dat de dingen kunnen veranderen, is er voor hem weinig reden om het hoofd te bieden aan het probleem.

Meer details kunnen gevonden worden in Miller (1995).

Motivationele Gespreksvoering wordt gebruikt in veel kortdurende interventie programma's, waarvan het meest bekende de Motivatie Verhogende Therapie (MET) is. De MET wordt gebruikt in PROJECT MATCH om drinken aan te kaarten (Project Match Research Group, 1993). In MET worden vier in tijd beperkte sessies aangeboden, waarin normatieve feedback gegeven wordt en MI gebruikt wordt om de veranderingsbereidheid van de cliënt te ontdekken. Deze aanpak, waarbij MI als feedback deel uitmaakt van assessment werd reeds succesvol overgenomen in veel kortdurende interventies (Miller & Rollnick, 2002).

Voorbeelden van antwoorden in het MI framework:

'Cliënt: Ik ben alleen maar hier omdat de rechter me hierheen gestuurd heeft.'
'Clinicus: U werd dus gedwongen om naar hier te komen. [reflecteren en niet bestrijden]'

'Cliënt: Een goede joint laat me heerlijk ontspannen.'
'Clinicus: U merkt dat cannabis u doet ontspannen. U merkte ook op dat u gedurende de laatste 12 maanden veel angstiger bent geworden, dat is ongeveer sinds u meer begon te roken. [verleden en heden aan elkaar linken en discrepantie ontwikkelen]'

'Cliënt: Ik zou niet gebruiken als mijn ouders niet constant commentaar op me zouden hebben.'
'Clinicus: Uw cannabisgebruik is niet uw enige probleem. Het lijkt alsof er ook wat problemen zijn met uw ouders waaraan gewerkt moet worden. [meegaan met de weerstand]'

4. Cognitieve gedragstherapie (CBT)

Cognitieve gedragstherapie (CBT) is een evidence-based therapie die gebaseerd is op de vooronderstelling dat cognitie en gedrag vaak intrinsiek met elkaar verbonden zijn. Druggebruik is het primaire mechanisme van heel wat verslaafde cliënten om met zowel negatieve situaties (zoals beangstigende situaties), als positieve situaties (zoals festiviteiten en beloningen) om te gaan. De bedoeling van vaardigheidstraining is om cliënten te helpen hun oude gewoonten af te leren en ze te vervangen door nieuwe, meer functionele vaardigheden. CBT maakt het voor cliënten mogelijk om, onder klinisch toezicht, nieuwe vaardigheden te ontwikkelen, of om oude, verwaarloosde vaardigheden opnieuw aan te leren.

Over middelengerelateerde stoornissen wordt zoals bij heel wat psychiatrische aandoeningen aangenomen dat ze gedeeltelijk het resultaat zijn van onjuiste of irrationele gedachteprocessen die geuit worden in disfunctionele gedragingen (zoals

druggebruik). Heel wat van die gedachten zijn automatisch, zijn een gewoonte en zijn bestand tegen verandering. De ontwikkeling van technieken om dergelijke gedachteprocessen te beïnvloeden, samen met andere cognitieve en gedragsmatige interventies, kan leiden tot een vermindering van iemands drugafhankelijkheid. CBT is dus een aanpak gebaseerd op vaardigheden, waarin cliënten geholpen worden om een reeks therapeutische technieken te ontwikkelen om de fysieke afhankelijkheid en de gewoonte om terug te vallen op drugs als mechanisme om met dingen om te gaan, te overwinnen. De aanpak is gestructureerd en doelgericht, met 'huiswerk' taken waarbij cliënten specifieke vaardigheden moeten ontwikkelen in de context van hun problematisch druggebruik door vastgelegde oefeningen uit te voeren.

Voordelen

De CBT aanpak is een relatief kortdurende therapeutische interventie, zeker als het vergeleken wordt met bepaalde andere psychotherapieën. CBT voor middelengerelateerde stoornissen kan effectief zijn na één tot zes sessies (Mattick & Jarvis, 1993). Bovendien kan er gevarieerd worden in de gebruikte specifieke vaardigheden of technieken naargelang van de noden van de individuele cliënt.

Bestanddelen

Een succesvol therapeutisch resultaat met CBT resulteert uit een aantal belangrijke zaken. Belangrijk hierbij is het feit dat de cliënten op de hoogte gebracht worden van het gebruik van drugsgerelateerde copingvaardigheden. Deze omvatten:

- technieken voor het omgaan met craving;
- triggers voor druggebruik erkennen;
- persoonlijke strategieën ontwikkelen, zowel voor het omgaan met dergelijke triggers, het omgaan met ontwenningsverschijnselen en het voorkomen van terugval;
- technieken voor het omgaan met negatieve gevoelens
- stress-management vaardigheden;
- assertiviteit en communicatievaardigheden;
- relaxatie methoden.

Meer informatie:

- Australian Association for Cognitive and Behaviour Therapy
  www.aacbt.org
- The British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies
  www.babcp.com
- Association for Behavioral and Cognitive Therapies
  www.abct.org/dhome/
- The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies
  www.eabct.com
- The Centre for Clinical Interventions
  www.cci.health.wa.gov.au/index.html/
- The Psychological Self-Help (Mental Health Net)
  www.psychologicalselfhelp.org/

5. Contingency management (CM)

CM impliceert het systematisch gebruik van positieve en negatieve gevolgen (beloning en straf) na een bepaald gedrag (Budney et al., 2001). In het geval van behandeling voor cannabisverslaving werden er tot op heden twee soorten CM getest: vouchers gebaseerd op onthouding en vouchers gebaseerd op aanwezigheid. Deze interventie op basis van stimuli werd overgenomen vanuit een programma dat ontwikkeld werd voor de behandeling van cocaïneverslaving en aangepast (Budney & Higgins, 1998). Het voucherprogramma op basis van onthouding, voorziet concrete beloningen voor cannabis onthouding via een programma waarbij één of twee keer per week op drugs getest wordt. De vouchers hebben een geldwaarde die stijgt bij elke opeenvolgende negatieve drugtest. De verkregen vouchers kunnen ingewisseld worden voor goederen of diensten die sociale activiteiten bevorderen en die kunnen dienen als alternatieven voor cannabisgebruik.

De vijf gepubliceerde trials die CM en cannabisgebruik bekijken, rapporteren positieve effecten op vlak van cannabisgebruik (Budney et al., 2006). CM werd echter niet geëvalueerd buiten de context van experimenteel onderzoek. Ondanks het gebrek aan effectiviteitsstudies (d.w.z. echte toepassingen), bestaat er in de literatuur over druggebruik duidelijke en consistente evidentie over de effectiviteit van programma's die onthouding belonen die goede resultaten hebben op vlak van onthouding op korte en op middellange termijn.

Algemene informatie

Contingency Management ziet druggebruik als operant gedrag. Dit is gedrag dat gedeeltelijk in stand gehouden wordt door de versterkende biochemische effecten van het gebruikte middel en gedeeltelijk door omgevingsinvloeden (vb. sociale bekrachtiging door gelijken). CM in de vorm van vouchers helpt cannabisgebruikers om tot langere periodes van continue onthouding tijdens de behandeling te komen (Petry & Simic, 2002). Contingency Management wil alternatieve stimuli bieden bij onthouding van een bepaalde drug. Er zijn vier primaire methoden om stimuli aan te bieden:

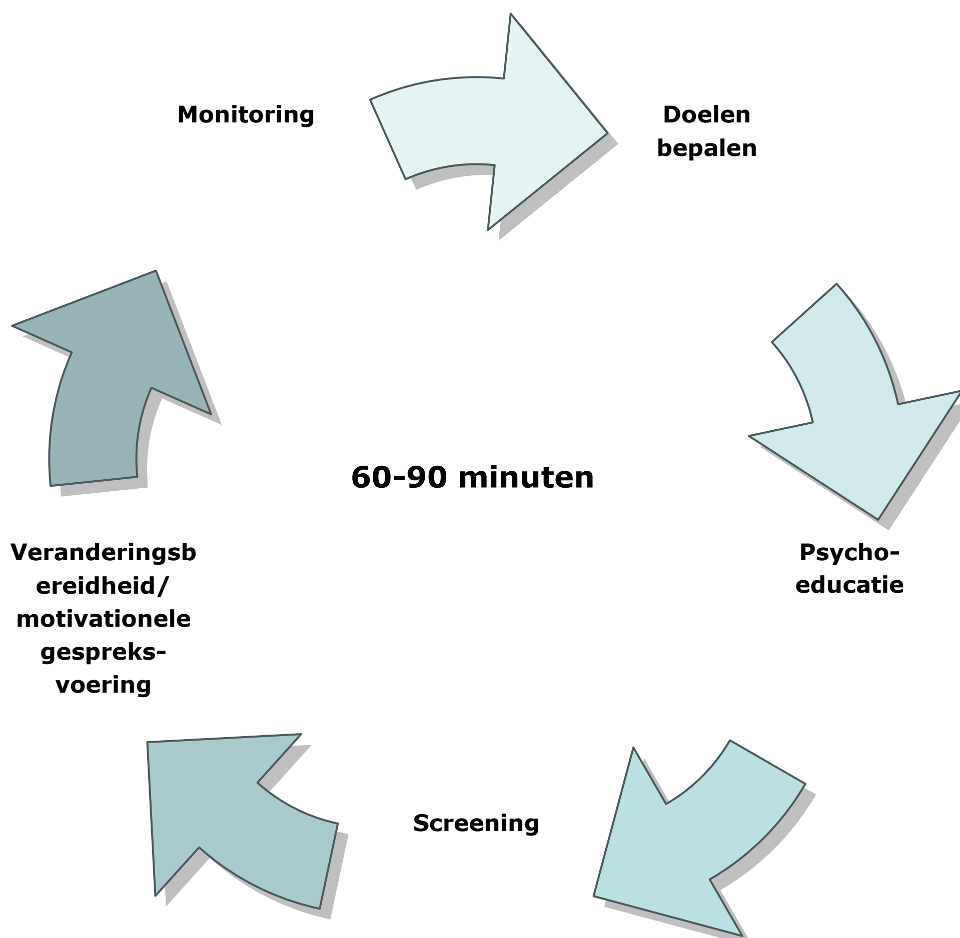
- **Bekrachtiging gebaseerd op vouchers**: de cliënten krijgen vouchers met verschillende geldwaarden (normaal met stijgende waarde na opeenvolgende periodes van onthouding) voor het afleveren van biologische stalen (normaal urine) die negatief zijn op de geteste drug. Deze vouchers worden ingehouden als het biologisch staal recent druggebruik aangeeft. Eens ze verdiend zijn, worden de vouchers ingewisseld voor goederen of diensten die compatibel zijn met een levensstijl zonder drugs.
- **Bekrachtiging gebaseerd op prijzen**: de deelnemers ontvangen een vastgelegd aantal 'trekkingen', bijvoorbeeld een aantal papieren loten in en bokaal, bij het afleveren van een negatief biologisch monster. Het afleveren van een monster dat wijst op recent druggebruik resulteert in het inhouden van de trekking. Elke trekking biedt een kans om een 'beloning' te winnen, waarvan de waarde varieert. Normaal staat er op de helft van de trekkingen 'goed gedaan!' en de andere helft resulteert in het ontvangen van een beloning die varieert in waarde.
- **Privileges**: de deelnemers krijgen privileges als ze een negatieve biologisch staal afleveren.

- **Geldstimuli**: in Amerika zijn er enkele studies geweest op vlak van cannabis die het gebruik van geldstimuli beoordeeld hebben. Het blijkt dat stimuli met een lage waarde (US$3) even effectief zijn als stimuli met een hogere waarde (US$20).

Indien u overweegt CM stimuli aan te bieden, wees u er dan van bewust dat er overeengekomen moet worden over volgende aspecten:

- te bereiken uitkomsten op vlak van gedrag (d.w.z. druggebruik of aanwezigheid)
- de soort beloning (cash, voucher of producten)
- schema (cumulatief, gedragsmatig)
- principes van toepassing (consistentie, overeenkomst/contract/concreet)
- programma details (duur, doelstelling, gevolgen [inclusief omvang], schema van aflevering, praktische logistiek van de kosten, aanvaardbaarheid, overwegingen op vlak van training, ...)
- of er duurzame financiering voorhanden is

6. Schets van een interventie die bestaat uit één sessie



Screening

- Screening of assessment kan uitgevoerd worden met open vragen en/of geformaliseerde tools.
- Vragenlijsten/screeningsinstrumenten moeten bijgehouden worden tijdens de sessie en er moet feedback gegeven worden, waarbij rekening gehouden wordt met de antwoorden van de cliënt.
- Reflectie oproepen door te vragen: 'Wat leidt u hieruit af?'

Psycho-educatie

- Dit omvat het terugdenken aan de gevaren gerelateerd aan cannabisgebruik die naar voor gebracht werden door de cliënt bij zijn of haar assessment. Bied de cliënt bijkomend psycho-educatiemateriaal (zie werkbladen en folders zoals 'Guide for quitting' (Gids om te stoppen), beschikbaar op www.ncpic.org.au)

Zelfmonitoring van cannabisgebruik/ontwenningsverschijnselen en/of stemming

- Indien een cliënt motivatie toont om zijn cannabisgebruik te veranderen, moedig hem of haar dan aan om de veranderingen minstens gedurende zeven dagen zelf te monitoren. Bij cliënten met comorbide stemmingsstoornissen kunnen cannabisgebruik, ontwenningssymptomen en verbanden met veranderingen van stemming (zie cannabisdagboek in de sectie werkbladen) in het dagboek opgenomen worden.

Bereidheid om te veranderen

- Indien cliënten tegenstrijdige gevoelens hebben over het veranderen van hun cannabisgebruik, gebruik dan motivatiebevordering om een verlangen en vastberadenheid te creëren om te veranderen.
- Vul het werkblad 'voor- en nadelen' in. (zie beslissing balansblad in de sectie werkbladen)
- Indien de cliënt vastberaden is om te veranderen, leg dan een stopdatum voor en bespreek hoe hervallen voorkomen kan worden. (zie werkblad)
- Indien de cliënt niet geïnteresseerd is om zijn huidige gebruik te veranderen, bied dan educatief materiaal aan (zie sectie psycho-educatie) en probeer een follow-up sessie vast te leggen.

Leg voortdurende behandeling/verwijzing of een follow-up sessie vast

- De duur en intensiteit van een interventie moeten bij aanvang besproken worden.
- De follow-up procedures van uw instelling bespreken is een belangrijk aspect van het engagement.
- De voorgestelde interventies met twee tot zes sessies kunnen in de volgende sectie teruggevonden worden, maar ervaren clinici zullen misschien verkiezen om te kiezen uit de bewijsbasis die voorgesteld wordt in tabel 14.

7. Interventies met twee tot zes sessies

Omdat er geen evidentie is voor het optimale aantal sessies en welke componenten van de behandeling het meest succesvol zijn, worden de elementen die gebruikt werden in succesvolle cannabisbehandeling trials hieronder opgelijst. Ervaren clinici zullen er misschien voor kiezen om deze componenten af te stemmen op de noden van de cliënt, gebaseerd op de assessment of indicatiestelling. Hierbij kan het aantal sessies en de volgorde waarin u de componenten aflevert, besproken worden. Er is geen evidentie dat aantoont welke componenten belangrijker zouden zijn dan andere.

Tabel 14: Componenten van evidence-based cannabisinterventies

Algemeen	Gedragsmatig	Cognitief
Zelf monitoring	Activiteiten plannen	Urge surfing/ omgaan met craving
Doelen bepalen	Identificeren van copingstrategieën	Stemmingsmanagement/ cognitieve bewustwording/copingstrategieën
Probleemoplossingsvaardigheden	De vaardigheid om drugs te weigeren	Terugvalpreventie
Psycho-educatie	Stemmings-management Slaaphygiëne	Tegengaan van irrationele overtuigingen Urge surfing / omgaan met craving

Let op: de cliëntgerichte activiteiten voor deze thema's zijn terug te vinden in de werkbladen.

Als andere mogelijkheid zullen de clinici misschien de sessieplanning willen volgen die gebruikt werd bij behandeltrials. Als voorbeeld geven we hieronder de sessieplanning van *A Brief Cognitive–Behavioural Intervention for Cannabis Dependence: Therapists' Treatment Manual* (Rees, Copeland & Swift, 1998). Andere handleidingen zijn gratis beschikbaar (zie Tabel 13).

Sessie 1: Assessment

- Voorbereiding en introductie in motivatieverhogende training
- Het privacy beleid van de dienst uitleggen en het type behandeling schetsen dat geleverd wordt door de dienst
  - Cliënten moeten aanwezig zijn op alle zes de sessies voor het beste resultaat
  - De grondgedachte van CBT schetsen, d.w.z. het aanbrengen van specifieke instrumenten die zullen bijdragen aan het komen tot de gewenste veranderingen
  - Het therapieplan schetsen
- Feedback op uitgevoerde screening

- Feedback over het niveau van afhankelijkheid (op SDS schaal)
  - Hoge risico situaties en triggers (op de Cannabis Smoking Situations Scale)
  - Redenen identificeren voor het blowen en de voor- en nadelen ervan
- Motivatieverhogende strategieën
  - De houding en het vertrouwen van de cliënt voor de verandering vaststellen en uw interventie afstellen op hun stadium van verandering
  - Doelstellingen vastleggen
  - Overweeg doelstellingen te baseren op gesprekken over redenen waarom er verminderd/gestopt zou worden
- Introductie in zelfmonitoring van gedrag
  - Leg uit dat het bijhouden van het blowen kan helpen om denk- en gedragspatronen te identificeren

Sessie 2: plannen om te stoppen

- Bespreking van de week en huiswerkoefeningen
  - Huiswerk controleren of afwerken
- Bespreking van persoonlijke triggers en hoge risico situaties
  - Bespreking van drang en trigger dagboek en studie van voorkomende patronen
  - Triggers of prikkels samenvatten
- Introductie in het omgaan met drang
  - Strategieën uitwerken om die drang te overwinnen
  - Drang begrijpen, inclusief de tijdsgebonden aard ervan
  - Urges surfing, niet-versterking van drang, uitstel/afleiding
- Plannen om te stoppen
  - Een stopdatum vastleggen (*zie 6.8)
  - Informatie over en bespreking van onthoudingssymptomen
  - Sociale ondersteuningssystemen bestuderen (wie, wat, hoe)
  - Omgaan met misstappen of terugval
- Optionele sectie: vaardigheden om drugs te weigeren
  - Oefenen om vol vertrouwen te zeggen dat je 'gestopt' bent
  - Conclusie: doelstellingen en huiswerk

Sessie 3: omgaan met ontwenning en cognitieve herstructurering

- Bespreking van de voorbije week
  - Bespreking van het succes van de stoppoging
  - Bespreking van hoge risico situaties en triggers
- Bespreking van de ontwenningsverschijnselen
  - Bespreking dagboek en benadrukken van de tijdsgebonden aard van de symptomen
- Cognitieve herstructurering: cognitieve problemen tijdens het stoppen met gebruiken
  - ABC model schetsen
  - Automatische gedachten uitdagen
  - Automatisch opkomende verwachtingen van het resultaat van cannabisgebruik bespreken en uitdagen
- Beëindigen van de sessie

Sessie 4: bespreking van cognitieve strategieën en verbeteren van vaardigheden

- Bespreking van de voorbije week
  - Bespreking van negatieve gedachten en automatische gedachten
- Schijnbaar irrelevante beslissingen introduceren
  - Ontwikkeling van persoonlijke vaardigheden
- Afhankelijk van de noden van de cliënt:
  - Probleemoplossingsvaardigheden (problemen herkennen en oplossingen zoeken)
  - Omgaan met slapeloosheid (principes van een goede slaaphygiëne)
  - Progressieve spierontspanning

Sessie 5: terugblikken en consolideren

- Bespreking van de voorbije week
  - Bespreking van de algemene vooruitgang en effectiviteit van de strategieën
- Training van vaardigheden om met situaties te leren omgaan
  - Assertiviteit/begrip van eigenwaarde
  - Communicatievaardigheden
  - Omgaan met stress/woede
- De sessie afsluiten

Sessie 6: voorkomen van hervallen en aanpassen van levensstijl

- Overzicht van het huiswerk van de vorige week
- Terugvalpreventie
  - Schetsen van de belangrijkste ideeën die behandeld zullen worden
  - Het bewustzijn van rationaliseringen bespreken
  - De vroegere relatie van de cliënt met cannabis bespreken
  - Gevoelens van verlies of angst verwant met het stoppen met cannabis bespreken
  - Omgaan met terugval/terugval
  - Persoonlijke beloningen toekennen
- Naar de toekomst kijken
  - Positieve veranderingen bespreken
- Nadat de therapie beëindigd is
  - Nazorg bepalen

8. Een stopdag vastleggen

Klinische ervaring toont aan dat cliënten voordeel halen uit het vastleggen van een stopdag (d.w.z. een dag waarop ze zullen stoppen met cannabis roken). Aangezien niet alle gebruikers onthouding als doel hebben, kunnen clinici de stopdatum omvormen naar een verminderingsdatum. Verminderingsdata maken het voor de gebruikers mogelijk om hun gebruik in de loop der tijd te verminderen.

Bij het proberen vastleggen van een stopdatum, moeten clinici het volgende bespreken:

- **Doelstellingen cliënt**: zoals hierboven vermeld hebben niet alle cliënten onthouding als doel.
- **Ernst van de afhankelijkheid**: zoals aangeraden wordt op het vlak van alcohol, worden personen die meer afhankelijk zijn aangemoedigd om een tijdje weg te blijven van cannabis.
- **Eigen effectiviteitsverwachting voor cannabis weigering**: het vertrouwen van de cliënt kan vergroot worden door het bespreken van vorige successen bij het bereiken van onthouding of verandering of door de nadruk te leggen op hun competenties/sterktes.
- **Vereisten tewerkstelling/onderwijs of opvoedingsverantwoordelijkheden**: gedwongen maatregelen kunnen de behoefte om te stoppen of te verminderen beïnvloeden, samen met de tijdslimieten die vastgelegd werden door de cliënt om zijn of haar doelstellingen te bereiken.

9. Samenvatting

Aanbeveling	Evidentie
Resultaten uit behandelingstrials hebben aangetoond dat interventies op basis van CBT/MET en CM effectief zijn.	A
Clinici moeten getraind worden in motivationele gespreksvoering. Op die manier kunnen ze op een degelijke wijze omgaan met cliënten tijdens de verschillende fasen van verandering.	A
Er is geen evidentie over het optimale aantal behandelsessies. Er wordt aangeraden om 1-9 sessies te organiseren, afhankelijk van de noden en doelen van de cliënt en van de setting.	C

10. Referenties

Alcoholics Anonymous. (1976). *Alcoholics anonymous*, 3rd edn. New York: Alcoholics Anonymous World Services.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist 37*, 122–147.

Budney, A.J., Moore, B.A., Sigmon, S., & Higgins, S.T. (2006). Contingency-management interventions for cannabis dependence. In R. Roffman & R. Stephens (eds.), *Cannabis dependence: Its nature, consequences, and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 155–176.

Budney, A.J. & Higgens, S. (1998). A community reinforcement plus vouchers approach: Treating cocaine addiction. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Budney, A.J. & Hughes, J.R. (2006). The cannabis withdrawal syndrome. *Current Opinion in Psychiatry 19*, 233-238.

Cannabis Treatment Research Project Group. (2004). Brief treatments for cannabis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 72*(3), 455–466.

Carroll, K.M., Easton, C.J., Nich, C., Hunkele, K.A., Neavins, T.M., Sinha, R., Ford, H.L., Vitolo, S.A., Doebrick, C.A., & Rounsaville, B.J. (2006). The use of contingency management and motivational/skillsbuilding therapy to treat young adults with marijuana dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 74*(5), 955–966.

Copeland, J., Swift, W., Roffman, R.A., & Stephens, R.S. (2001). A randomized controlled trial of brief cognitive–behavioral interventions for cannabis use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment 21*, 55–64.

Dennis, M., Titus, J.C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S.H., Tims, F.M., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M.C., Godley, M.D., Hamilton, N., Liddle, H., & Scott, C.K. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans. *Addiction 97* Suppl 1, 16–34.Hettema, J., Steele, J. & Miller, W.R. (2005). A Meta- Analysis of Research on Motivational Interviewing Treatment Effectiveness (MARMITE). *Annual Review of Clinical Psychology 1*, 91–111.

Kadden, R.M., Litt, M.D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N.M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviours 32*(6), 1220–1236.

Marsh, A., Dale, A. & Willis, L. (2007). *Evidence Based Practice Indicators for Alcohol and Other Drug Interventions: Summary*, 2nd edn. Western Australian Drug and Alcohol Office. Available on line: http://www.dao.health.wa.gov.au

Martin, G. & Copeland, J. (2008). The Adolescent Cannabis Check-up: A randomised trial of a brief intervention for young cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment 34*, 407–414.

Mattick, R.P. & Jarvis, T. (1993). *An outline for the management of alcohol problems: Quality assurance project*. National Drug Strategy Monograph no. 20. Canberra: Australian Government Publishing Service.

Miller, W.R. (1995). *Motivational enhancement therapy with drug abusers.* National Institute on Drug Abuse. Available on line: http://www.motivationalinterview.org/clinical/metdrugabuse.pdf

Miller, W.R. & Rollnick, S. (eds.). (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller, W.R. & Sanchez, V.C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard, G. (ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults.* Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.

Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research 17*, 1130–1145.

Petry, N.M. & Simic, F. (2002). Recent advances in the dissemination of contingency management techniques: Clinical and research perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment 23*, 81–86.

Rees, V., Copeland, J. & Swift, W. (1998). A brief cognitive–behavioural intervention for cannabis dependence: Therapists' treatment manual. Technical Report no. 64. Sydney: National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales.

Sinha, R., Easton, C., Renee-Aubin, L., & Carroll, K.M. (2003). Engaging young probation-referred marijuanaabusing individuals in treatment: A pilot trial. *The American Journal on Addictions 12*, 314–323.

Steinberg, K.L., Roffman, R.A., Carroll, K.M., Mcree, B., Babor, T.F., Miller, M., Kadden, R., Duresky, D., & Stephens, R. (2005). *Brief counselling for marijuana dependence: A manual for treating adults*. DHHS Publication No. [SMA] 05-4022. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Simpson, E.E. (1994). Treating adult marijuana dependence: A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 62*, 92–99.

Stephens, R.S., Roffman, R.A. & Curtin, L. (2000). Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 68*, 898–908.

Hoofdstuk 7: Speciale overwegingen

1. Jongeren

Werken met jongeren vereist begrip van zowel de ontwikkeling als de risico- en beschermende factoren die horen bij de adolescentie. Er wordt gesuggereerd dat werken met jongeren een unieke aanpak vereist die rekening houdt met de ontwikkelingsprocessen, lichamelijke verschillen en verschillen in geloof- en waardesystemen (Winters, 1999). Doorgaans zoeken jonge mensen geen behandeling. Zij die in behandeling gaan, worden veelal gedwongen, op bevel van de rechtbank of onder druk van familie of scholen, en kunnen dus weinig gemotiveerd zijn om te veranderen. Vaak maken ze de behandeling niet af. Jongeren moeten up-to-date en correcte informatie krijgen, inclusief strategieën voor het verminderen van schade, vroeg in de behandeling: assessment en psycho-educatie moeten gecombineerd worden in de eerste sessies.

Er is aangetoond dat kortdurende motivationele interventies effectief zijn voor het verminderen van cannabisgebruik en cannabisgerelateerde problemen, dit zowel voor jongeren die behandeld willen worden als voor hen die niet behandeld willen worden (Dennis et al., 2004; Martin & Copeland, 2008). Er wordt gesuggereerd dat de motivationele aanpak bijzonder geschikt zou zijn voor jongeren, aangezien het de nadruk legt op aanvaarding, de jongeren geen etiket opgeplakt krijgen en discussie en vijandige confrontatie vermeden worden (Tevyaw & Monti, 2004). Deze aanpak betekent ook dat de jongere zichzelf niet moet zien als iemand die een (mogelijk) probleem met middelengebruik heeft, om deel te nemen aan de interventie. Dit kan helpen bij het engagement van jongeren die hun gedrag niet bestempelen als problematisch of die van zichzelf niet vinden dat ze een probleem hebben (Tevyaw & Monti, 2004). Er zijn veel factoren die de kans dat jongeren op zoek gaan naar hulp verminderen:

- het geloof van jongeren in hun eigen onoverwinnelijkheid;
- de adolescentie is een periode waarin geëxperimenteerd wordt;
- de uitvoerende functie is niet volledig ontwikkeld;
- ze zijn nog niet in staat om hulp te zoeken;
- bezorgdheid over de gevolgen als hun cannabisgebruik bekend zou raken bij de school/politie/ouders.

De literatuur biedt steeds meer evidentie dat het betrekken van de familie bij de drugbehandeling van jongeren een 'best practice' is. Betrokkenheid van de familie bij assessment en bij de behandeling van problemen worden uiteengezet in hoofdstuk 8.

Groepsinterventies moeten rekening houden met het bij elkaar passen van jongeren volgens sleutelvariabelen zoals leeftijd, ontwikkelingsfase, intensiteit van het druggebruik, band met lotgenoten en subcultuur van jongeren.

De meeste evidentie over kortdurende interventies bij druggebruik van adolescenten komt van het 'Check-up' model. Deze interventie is bedoeld voor en afgestemd op personen die geen behandeling willen, met de bedoeling om een 'taking stock' ervaring

te promoten, om de veranderingsbereidheid te verhogen. Walker et al. (2006) schrijven dat Check-up modellen vijf elementen gemeenschappelijk hebben:

- De toekomstige cliënt wordt geholpen bij het begrijpen van de Check-up als zijnde iets anders dan behandeling, namelijk als iets dat hulpvol kan zijn voor de cliënt die zich vragen stelt bij zijn eigen gedrag of die zich zorgen maakt, en iets waarbij hij of zij de keuze heeft gemaakt om de feedback te aanvaarden of verwerpen.

- Elke 'Check-up' omvat een assessment met informatie over gedragspatronen, positieve en negatieve gevolgen waargenomen door de cliënt, en de houding tegenover het al dan niet veranderen van het gedrag.

- Check-ups bieden persoonlijke feedback aan de cliënt. Normaal worden er ‘persoonlijke feedback rapporten’ (PFR's) opgesteld op basis van de assessment. Deze omvatten normatieve datavergelijking (vb. hoe de frequentie van het drinkgedrag van het individu zich verhoudt tot het gemiddelde drinkgedrag van de algemene populatie); grafieken om de zelfinschatting van het gedrag te verhogen; risicogerelateerde indexen; en verwachte positieve en negatieve gevolgen van de verandering.

- Een gespreksstijl die het gemakkelijker maakt om het eigen gedrag openhartig te bespreken (d.w.z. motivationele gespreksvoering) is essentieel voor dit soort ervaring.

- Interventies worden gebaseerd op ‘harm reduction’ principes en de 'stadia van verandering', die beide de op maat gemaakte interventies ondersteunen om cliënten 'tegemoet te komen waar ze zijn', om zo het stigma te verminderen dat verbonden wordt aan het zoeken van hulp en om de laagdrempelige toegang tot diensten aan te moedigen als middel voor het ondersteunen van stappen (hoe groot of hoe klein ook) naar verandering.

Het is ook bewezen dat Check-up modellen kunnen helpen bij volwassen die cannabis gebruiken. Voor meer informatie en training over de Check-up modellen, zie Walker et al. (2006), Martin & Copeland (2008), en www.ncpic.org.au

Websites voor jongeren en psychiatrische problemen

De volgende websites zijn voor jongeren. Ze bieden informatie, inclusief een breed gamma aan self-assessmentinstrumenten, activiteiten, evidence-based factsheets en interactieve mogelijkheden, inclusief een web-based CBT programma (www.moodgym.anu.edu.au) dat werkt als e-coach en dat in de literatuur omschreven werd (Burns et al., 2007).

- http://www.reachout.com.au
- http://www.headspace.org.au
- http://www.somazone.com.au

- http://www.ybblue.org.au
- OR http://www.beyondblue.org.au
- http://www.moodgym.anu.edu.au

2. Gender

De alcohol- en drughulpverlening slaagt er doorgaans niet in tegemoet te komen aan de speciale noden van verslaafde vrouwen. Gezien de schaarste aan cannabisspecifieke diensten is het niet verrassend dat er dan ook slechts een beperkt aantal is met genderspecifieke programma's. Er moet aan gedacht worden dat vrouwen te maken hebben met specifieke belemmeringen bij het opstarten van een behandeling. Die omvatten een bijzondere gevoeligheid voor het stigma dat verbonden wordt aan verslaving bij vrouwen, vooral als ze zwanger zijn (Zeese & Lewin, 1999); hogere cijfers op vlak van trauma en comorbide geestelijke gezondheid (in het bijzonder voor depressie, angst, lichamelijke en persoonlijkheidsstoornissen); en moeilijkheden met fysieke aanwezigheid omwille van ouderlijke verantwoordelijkheden. De laatste decennia is het aantal cannabisgebruikende vrouwen gestegen, waarna het verminderde op een trager tempo dan het aantal mannen, zodat ze nu convergeren voor 14- tot 19-jarigen. Motieven voor gebruik verschillen bij mannen en vrouwen. Mannen hebben vaker stemmingsverbetering als motief en vrouwen gebruiken om te kunnen omgaan met chronische stress of spanning (Chabrol et al., 2005), wat misschien een verklaring geeft voor de hogere cijfers van angst en depressie bij vrouwelijke cannabisgebruikers (Copeland, 2006; Degenhardt, Hall & Lysnkey, 2003; Pouiln et al., 2005). Een hogere prevalentie psychiatrische stoornissen bij vrouwelijke cannabisgebruikers is reeds aanwezig tijdens de puberteit (Tu, Ratner & Johnson, 2008), wat er op kan duiden dat een vroege interventie bij psychiatrische problemen kan leiden tot een daling in het aantal vrouwen dat in de toekomst behandeling zoekt.

Mannen starten vroeger met cannabis dan vrouwen en vormen de meerderheid van de gebruikers. Ze zoeken over het algemeen vaker hulp voor hun cannabisgebruik. Dit kan aantonen dat drug educatie programma's gericht op preventie en identificatie van problematisch gebruik specifiek ontwikkeld zouden moeten worden voor jongens en dat deze vroeger aangeboden zouden moeten worden dan programma's voor meisjes. Specifieke problemen voor mannen omvatten het verband tussen druggebruik en woede en/of geweld, en hogere zelfmoordcijfers. Dit zijn belangrijke zaken die in de behandeling aangekaart moeten worden. Er moet ook opgetekend worden dat mannen beter reageren op concrete, op actie gebaseerde behandelingen (zoals CBT) en dat ze beter presteren in groepen met zowel mannen als vrouwen (Marsh & Dale, 2006).

3. Cultureel en taalkundig diverse populaties

Mensen met diverse culturele en taalkundige (CETD) achtergronden zijn minder geneigd om naar de drughulpverlening toe te stappen in vergelijking met mensen uit de overheersende cultuur; en als ze zich dan toch aanmelden, dan is dat na een langere periode waarin ze alleen zijn omgegaan met hun problemen (Reid, Crofts & Beyer, 2001). Onderzoek heeft de verschillende factoren hiervoor aangetoond. Die factoren omvatten een gebrek aan kennis over de beschikbare diensten; gebrek aan vertrouwen in de

diensten; onbekendheid met hulp zoeken buiten de familie of gemeenschap voor om het even welk probleem; en groot stigma en schaamte rond druggebruik, wat het moeilijk maakt om hulp te zoeken voor dit probleem in het bijzonder (Donato-Hunt, 2007). Bij het opbouwen van een effectieve therapeutische relatie moet er rekening gehouden worden met deze factoren als men wil dat de behandelingsaanpak succesvol is.

Bij het werken met mensen uit CETD populaties is het belangrijk om rekening te houden met de culturele context van cannabisgebruik. Houseman (2003) raadt aan dat clinici, om de culturele context van gebruik te begrijpen en om behandeling te bieden op een cultureel veilige manier, de cultuurervaring en overtuigingen van de cliënt moeten begrijpen op drie kerndomeinen:

- Ervaring met migratie en de context ervan.
- Lid uitmaken van een etnische subgroep.
- Overtuigingen in verband met de overheersende cultuur - verifiëren of de overtuigingen van de cliënt traditioneel zijn, aangepast aan de cultuur of een mengeling van de twee.

Het Drug and Alcohol Multicultural Education Centre (DAMEC) beveelt aan dat de clinici op de hoogte moeten zijn van de mate waarin de cliënt Engels begrijpt. Dat begrip beïnvloedt de mogelijkheid van cliënten om hun verwachtingen rondom de behandeling te communiceren. Dit heeft op zijn beurt een groot effect op de deelname van de cliënt en het begrijpen van de behandeling van cannabisgerelateerde aandoeningen en verwante problemen in een groepsbehandeling. Jargon vermijden en zo min mogelijk geschreven informatie en geschreven huiswerk gebruiken, vereenvoudigt de communicatie. Een tolk kan in bepaalde gevallen handig zijn, maar het kan ook leiden tot problemen. Dale, Marsh en Willis (2007) raden clinici aan om rekening te houden met deze potentiële problemen, hoofdzakelijk aangaande vertrouwelijkheid en correcte vertaling.

Er wordt aanbevolen dat doorverwijzing naar etnospecifieke diensten ideaal is; en dat in plaats van de beschikbaarheid van behandelingsdiensten voor elke culturele groep in de gemeenschap, het gebruik van culturele bespreking in samenwerking met een AOD-behandelingsdienst waarschijnlijk de beste behandelresultaten zal geven (Dale, Marsh & Willis, 2007). Het is handig om, voor u de cliënt ontmoet, even samen te zitten met een culturele consulent. Culturele bespreking kan zorgen voor ondersteuning en begeleiding voor het volgende:

- Kennis verwerven over de culturele achtergrond van de cliënt.
- Behandeling op maat maken.
- Het geschreven materiaal dat aan de cliënt gegeven wordt op maat maken.
- Het begrip van de huiswerktaken beoordelen.
- Begeleiding bieden bij het gebruiken van de gemeenschapsdiensten.
- Begeleiding bieden bij de rol van gender bij de behandeling.

Als de culturele consulent niet beschikbaar is, ga dan na welke aanpak de cliënt verkiest.

4. Cliënten in een gedwongen behandeling

Door de introductie van doorverwijzingstrategieën binnen bepaalde internationale jurisdicties komt gedwongen doorverwijzing vaak voor. Er zijn echter verschillende soorten van gedwongen hulp, o.a. de doorverwijzing van ouders in verband met kinderbescherming; eisen van werkgevers; doorverwijzing van adolescenten door ouders of school; en dwang door een naaste. Er is beperkt onderzoek dat de effectiviteit van wettelijk opgelegde behandelingen beoordeelt, ondanks het feit dat een derde van de doorverwijzingen naar instellingen voor drugs- en alcoholbehandeling doorheen Australië opgetekend wordt als zijnde van het criminele justitiesysteem. Een recente evaluatie van de NSW Drug Court (Weatherburn et al., 2008), net als een bespreking van de programma's voor doorverwijzing door de politie in Australië (Ogilvie & Willis, 2009) kwam tot positieve resultaten. Een studie met volwassenen in de drughulpverlening in Texas gaf aan dat zij, in vergelijking met vrijwillige cliënten, bij de wettelijk gedwongen behandeling minder psychologische angst voelden, meer geneigd waren om de behandeling te volbrengen en minder geneigd waren om cannabis te gebruiken 90 dagen na de behandeling (Copeland & Maxwell, 2007).

Tijdens de sessie:

- De verwachtingen bespreken bij de doorverwijzing.
- Erkennen waarom ze daar zijn en hun gevoelens weergeven over de doorverwijzing naar/gedwongen behandeling.
- Erkennen dat er een formele controle van de vooruitgang kan zijn, en enige andere beperkingen aan de vertrouwelijkheid.
- Engagement en motivatie verhogende therapie is belangrijker dan beoordeling.
- Veel gedwongen cliënten zijn niet geïnteresseerd in het veranderen van hun gebruik. In dat geval kan u voorzichtig de schadebeperkende strategieën aankaarten. (afhankelijk van de justitiële status of doelstellingen van onthouding/vermindering van gebruik)

5. Verminderen van gebruik bij personen die geen behandeling zoeken

De meerderheid van de cannabisgebruikers zoekt geen professionele behandeling. Het is daarom belangrijk dat er een aantal activiteiten, inclusief gezondheidspromotie, voorkomen in verschillende contexten om het aantal behandelingsopties te vergroten. Er zijn proactieve mogelijkheden die vroegtijdige interventies aanbieden om te voorkomen dat cannabisgebruik problematisch wordt. Algemene informatie over cannabisgebruik en behandelingsopties kunnen verspreid worden via settings zoals gezondheidsdiensten, artsen, gemeenschapssettings, jongerendiensten en scholen.

Initiatieven kunnen het volgende omvatten:

- Gezondheidspromotie in verschillende contexten, inclusief gemeenschapseducatie over gezondheid, sociale en wettelijke gevolgen van cannabisgebruik en over hoe men toegang kan krijgen tot interventies als dat vereist is.

- Programma's met educatie met gelijkgestemden, door gebruikers en ex-gebruikers van cannabis, over de schade die cannabis aanbrengt, strategieën voor het verminderen van de schade en de beschikbare behandelingen en diensten.

6. Individuele vs. groepsbehandeling

De cannabis interventiestudies waarvan sprake is in de literatuur omvatten groeps- en individuele interventies. Terwijl veel cliënten een individuele aanpak verkiezen, is er evidentie dat CBT voordeliger kan zijn wanneer het in groep aangeboden wordt (Stephens et al., 1994; Stephens et al., 2000; Marques & Formigoni, 2001). Om CBT effectief presenteren in een groep, moet de clinicus ervaren genoeg zijn in groepsprocessen.

Overwegingen

Zaken die instellingen moeten overwegen wanneer ze groeps- of individuele programma's ontwikkelen:

- De vaardigheden van de clinici in het aanbieden van groepsgebaseerde CBT of andere interventies.
- De mogelijkheid van de organisatie om pre-assessments uit te voeren om de groepsleden te matchen op basis van sleutelvariabelen zoals leeftijd, band met lotgenoten, subcultuur jongeren, mate van verslaving, ontwikkelingsstadium, en een balans tussen jongens en meisjes.
- De interesse van cliënten om mee te werken aan groepswerk. Over het algemeen is het moeilijker om mensen te engageren voor groepen, omwille van stigma en schaamte.
- Groepsdynamica, die de samenhang van de groep positief of negatief kan beïnvloeden; het grootste risico doet zich voor als de leden divers zijn, met beperkte gemeenschappelijke ervaringen.
- Diensten kunnen door groepen in staat zijn om sneller te beantwoorden aan de noden van cliënten (door middel van kortere wachtlijsten), maar het drop-out cijfer in de behandeling van cannabisgerelateerde stoornissen en verwante problemen kan hoger zijn.

Voor clinici die groepswerking willen overwegen, raden we de 'Cannabis Youth Treatment manual' aan, die online beschikbaar is op http://ncadi.samhsa.gov/govpubs/bkd384/OK

7. Behandelsettings

Hoewel cannabisbehandeling zelden residentiële behandeling vereist, kan de onmiddellijke omgeving van de cliënt zijn of haar mogelijkheid om tot onthouding te komen met louter ambulante behandeling, bemoeilijken. Er is een gebrek aan goed uitgevoerde studies die de effectiviteit van residentiële behandelingen in vergelijking met ambulante behandeling en de effectiviteit van specifieke soorten van residentiële behandeling beoordelen. Residentiële behandeling kan overwogen worden voor die cliënten die streven naar onthouding en die significante comorbide, lichamelijke, psychiatrische of sociale (vb. huisvesting) problemen hebben. De cliënt moet normaal eerst een ambulante psychosociale behandeling geprobeerd hebben. Na een residentiële

detoxificatie zullen vooral cliënten met een chronische afhankelijkheidsproblematiek en/of comorbide psychiatrische stoornis, baat hebben bij een residentiële rehabilitatie. Indien symptomatische medicatie voor ontwenningsverschijnselen geschikt lijkt, is de relatie tussen de voorschrijver en de behandelingsinstelling belangrijk. Als een interne of residentiële setting voor de cliënten overwogen wordt, zijn relevante topics de volgende:

- Of de thuissituatie een geschikte setting is voor de ontwenning (d.w.z. of er ondersteuning beschikbaar is; beschikbaarheid van een stabiele omgeving; aantal mislukte externe pogingen).
- Of de cliënt een zwakke lichamelijke gezondheid heeft of psychiatrische problemen.
- Of de cliënt moet ontwennen van meerdere soorten drugs.
- De voorkeur van de cliënt.

8. Vroegtijdige beëindiging van de behandeling

Zelfs na de intake en het aanvaarden van de behandeling, hebben cliënten gemengde gevoelens over het effectief starten ermee, en het risico op drop-out is hoog op dit moment. Het gebeurt vaak dat zelfs cliënten die behandeld willen worden niet lang genoeg in behandeling blijven om er voordeel uit te halen (Hser et al., 1997). Het voortijdig afhaken van personen met een cannabisverslaving wordt in verband gebracht met sociale labiliteit en socio-economische factoren zoals werkloosheid, ongehuwd zijn, minder hoog opgeleid zijn en jong zijn (Vendetti et al., 2002). Individuen die zichzelf niet zien als 'verslaafd', zijn vier keer meer geneigd om nog voor de behandeling af te haken in vergelijking met cliënten die hun cannabisverslaving erkennen.

Wat indien een adolescent afhaakt voor de behandeling?

Jongeren moeten goed opgevolgd worden. **Follow-up tips:**	gebruik een telefoongesprek
	(minimum) gevolgd door een brief (handgeschreven brieven met een officieel briefhoofd van de instelling kan leiden tot een beter engagement)
	onderzoek suggereert dat afspraken bevestigen via sms de aanwezigheid verhoogt

9. Voortgezette behandeling

Follow-up sessies zijn een goede klinische praktijk. De timing van een follow-up sessie kan afhankelijk zijn van zaken zoals de omvang van het probleem, de vaardigheden die de cliënt moet aanleren tussen de sessies en de capaciteit van de clinicus en de dienst. Onderzoeken hebben verschillende soorten voortgezette behandeling bestudeerd. Er valt nog veel te ontdekken over:

- Het nut van frequentere of zelfs continue monitoring om de resultaten te verbeteren.
- Het effect van minder formele soorten behandeling (vb. herstel coaches en interventies gebaseerd op geloof).
- Manieren waarop diensten geleverd worden, zoals post, telefoon, internet en e-mail.

Alle clinici worden aangemoedigd om hun eigen opvolgingsmodel te ontwikkelen, rekening houdend met eigen middelen en capaciteitslimieten. Onderzoek toont aan dat, ongeacht welke methode u gebruikt, de positieve resultaten voor de cliënt verhogen als u de opvolgingsmethode goed gebruikt. Twee zulke methodes worden hieronder besproken.

Telefonische voortgezette behandeling

Het gebruik van telefonische interventies is nieuw en wint aan populariteit als low-cost optie. De resultaten tonen aan dat het bieden van wekelijkse voortgezette behandeling na interne/residentiële behandeling kan leiden tot verbeterde resultaten (Cacciola et al., 2008). De auteurs raadden aan dat de follow-up procedures in detail aan de cliënten uitgelegd werden bij het moment van opname. Dat verhoogt de deelnamecijfers en verlaagt het aantal ongeplande ontslagen. Procedures met betrekking tot het aantal pogingen om te bellen en m.b.t. het verhogen van de intensiteit of frequentie van contactname na gemiste telefonische sessies moeten duidelijk gedocumenteerd worden.

Assertieve voortgezette behandeling (AVZ)

Om terugval te verminderen, is het belangrijk om een gestructureerd plan te hebben bij opvolging van cliënten die de behandeling onlangs verlieten (ongeacht de setting). Assertieve voortgezette behandeling is behandeling waarbij de clinicus een actieve rol op zich neemt bij het ondersteunen van de cliënt. Een studie van jongeren die de residentiële hulpverlening inruilden voor voortgezette zorgdiensten toonde aan dat bij AVZ de kans dat ze zich drie maanden later nog steeds onthielden van cannabis groter was dan bij de jongeren die geen AVZ kregen (Godley, Godley & Dennis, 2002). AVZ begint over het algemeen met een meeting tussen de clinici en de cliënt voor het ontslag. Vervolgens biedt de clinicus externe of telefonische ondersteuning en hulp om bijkomende behandelingsdiensten te bespreken, waaronder schoolse ondersteuning, proeftijd en andere diensten die het herstel ondersteunen. Voortgezette behandelingplannen kunnen ook doorverwijzingen bevatten naar plaatselijke ambulante programma's en zelfhulpgroepen.

Overwegingen

De volgende richtlijnen worden voorgesteld als minimum voor voortgezette behandeling:

- Ondanks de moeilijkheid om cliënten op te volgen, moet dit hoge prioriteit krijgen.
- De opzet voor de follow-up procedures moet, voor zijn ontslag, aan de cliënt uitgelegd worden. De cliënt moet de optie hebben niet deel te nemen aan de follow-up, maar toch moet het belang ervan benadrukt worden.
- De eerste follow-up sessie moet gepland worden voor de cliënt de behandeling voltooit.

- Adviseer de verwijzende instelling over de uitkomst van de behandeling en over uw intenties aangaande de follow-up.
- De voorkeur moet uitgaan naar face-to-face (individueel of in groep) of telefonische follow-up, hoewel geschreven contact ook zijn voordelen heeft.
- De follow-up moet voorzien worden met geregelde intervallen na voltooiing, met een frequentie die voor u haalbaar is.

10. Andere therapieën

Hoewel het bewijsmateriaal met betrekking tot cannabisgebruik het gebruik van CBT en MET ondersteunt, kan er reden zijn om andere therapieën te overwegen (vb. complexiteit, verzet tegen CBT of uw voorafgaande klinische training). De volgende therapieën worden door de *NSW Health Drug and Alcohol Psychosocial Interventions Professional Practice Guidelines* (NSW Department of Health, 2008) ondersteund door onderzoek van niveau 2 of 3 en door opinies van clinici.

- Stress vermindering gebaseerd op mindfulness (ontwikkeld door Segal, Williams & Teasdale, 2002): dit is een meditatieve praktijk met Boeddhistische oorsprong. De aandacht ligt op lichamelijke, emotionele en cognitieve ervaringen in het heden.

- Dialectische gedragstherapie (DGT) (ontwikkeld door Linehan, 1993)
  - Dit werd aangepast vanuit behandelingen voor borderline persoonlijkheidsstoornis. Het impliceert de CBT en mindfulness aanpak en omvat vaardigheidstraining in groep, gedrags- en cognitieve aanpassing van probleemgedrag, reflectie, empathie en aanvaarding.
  - DGT werd specifiek aangepast voor problematisch alcohol- en drugmisbruik, en er is sprake van verbeterde resultaten.

- Acceptance and commitment therapie (ACT) (ontwikkeld door Hayes & Strosahl, 2004)
  - Deze aanpak leert mensen pijnlijke gebeurtenissen zoals gedachten, herinneringen, gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen te verkennen in plaats van ze te vermijden.
  - Onderzoek suggereert dat AVT effectief is bij stress management, depressie, pijn, chronische ziekte en drugverslaving.

- Solution focused brief therapy (SFBT) - korte oplossingsgerichte therapie (ontwikkeld door de Shazer, 1985)
  - Deze aanpak veronderstelt dat de cliënt bereid is en gemotiveerd is om te veranderen, en de behandeling helpt hem of haar om zich voor te stellen wat hij of zij zou willen veranderen en wat er gedaan kan worden om deze verandering te realiseren.
  - Een meta-analyse van de SFBT aanpak kende een positief behandelingseffect (Kim, 2008).

- Psychodynamische therapie
  - Richt zich op de effecten van externe stimuli.
  - De behandeling is meestal lange termijn (duurt 16 weken tot meerdere jaren).

11. Internet

Zelfhulpstrategieën bieden een veelbelovende oplossing voor de toegankelijkheidsproblemen van face-to-face behandeling en het internet is een uitstekende manier om dergelijke strategieën aan te bieden. Studies toonden de effectiviteit van web-based behandelingen aan bij het verminderen van alcoholgebruik (vb. Doumas & Hannah, 2008; Kypri et al., 2008; Riper et al., 2008) en tabakgebruik (vb. An et al., 2008). Geen enkele gepubliceerde studie heeft de effectiviteit getest van gespecialiseerde web-based behandelingen voor cannabisgebruik.

12. Comorbide druggebruik

Tabaksgebruik

Voor cliënten die cannabis en tabak roken (onafhankelijk en/of samen met cannabis) is er geen eensluitende evidentie voor de effectiviteit van het gelijktijdig stoppen met beide middelen. Eén studie toonde aan dat stoppen met roken de alcoholonthouding niet verstoorde en meldde dat stoppen met beide de kans op lange termijn abstinentie kan verhogen (Gulliver, Kamholz & Helstrom, 2006). Een andere studie vond dat de ontwenningssymptomen ernstiger waren bij gelijktijdig stoppen, maar dat de verschillen van korte duur waren en niet ernstig ; er werden aanzienlijke individuele verschillen opgetekend (Vandrey et al., 2008). De bespreking van Sullivan en Covey (2002) van de klinische trials liet noteren dat blijven roken de behandeling voor cannabisverslaving ongunstig beïnvloedt. De onmogelijkheid of tegenzin van de cliënt om zijn tabaksgebruik te verminderen mag echter geen drempel vormen om cannabisbehandeling op te starten of te continueren. Cliënten die tabak vermengen met cannabis zullen zichzelf misschien niet zien als tabaksrokers, dus een voorzichtige assessment van een comorbide nicotineverslaving en feedback over de risico's van tabakgebruik worden verzekerd.

'Moeite om te stoppen met tabak kan gezien worden als een van de belangrijkste schadelijke effecten van marihuana gebruik' (Ford, Vu & Anthony, 2002, p. 247).

Overzicht

- Tabakgebruik wordt in relatie gebracht met verhoogde cannabisafhankelijkheid (Ream et al., 2008; Okoli et al., 2008) en maakt het stoppen met cannabis nog moeilijker (Patton et al., 2006).

Stappen

- Beoordeel de nicotineverslaving aan de hand van een klinisch interview of met de Fagerstrom Nicotine Dependence Questionnaire beoordeel de bereidwilligheid om het tabakgebruik gelijktijdig te veranderen.
- Indien de cliënt er klaar voor is, bespreek en/of verwijs hem door naar farmacotherapeutische mogelijkheden zoals Nicotine Replacement Therapie (NRT), bupropion (Zyban) of varenicline (Champix). De verschillende opties staan in Tabel 15.
- In Australië heeft Champix Zyban vervangen.

- Opmerking: clinici worden aangemoedigd om de resultaten van klinische trials voor nicotine vervangende therapie te beoordelen, aangezien deze branche zich snel uitbreidt.

NB: De Fagerstrom Nicotine Dependence Questionnaire kan mogelijk ongeschikt zijn voor personen die geen tabak roken onafhankelijk van hun cannabis

Review over Nicotine Replacement Therapie (NRT)

Een Cochrane review (Stead et al., 2008) van 132 trials voor NRT, met meer dan 40.000 mensen, stelde vast dat alle vormen van NRT het meer waarschijnlijk maken dat iemands poging om te stoppen met roken slaagt. De kansen om te stoppen met roken stegen met 50 tot 70% (gebaseerd op een verslaving van 15 sigaretten per dag). Andere resultaten waren:

- Er zijn geen algemene verschillen in de effectiviteit van verschillende vormen van NRT.
- Er is geen bijkomend voordeel als er langer dan acht weken pleisters gebruikt worden.
- NRT werkt met of zonder bijkomende counseling.
- Zwaardere rokers hebben een hogere dosis NRT nodig.
- Mensen die NRT gebruiken tijdens een stoppoging zijn geneigd om hun slaagkans te verhogen door een combinatie te gebruiken van de nicotine patch en een sneller werkende vorm.
- Eerdere gegevens suggereren dat NRT kort voor de geplande stopdatum de kans op slagen kan verhogen.

Tabel 15: Nicotine Vervangende Therapieën (NRT)

Preparaat	Methode	Mogelijke bijwerkingen	Dosering
Transdermale pleisters	Er zijn 16u en 24u pleisters beschikbaar. Ze worden geplaatst op een relatief haarloos lichaamsdeel tussen de nek en enkel.	Lokale irritatie	1 pleister per dag
Tabletten voor sublinguaal gebruik	Een microtablet wordt geplaatst en geabsorbeerd onder de tong	Brandend gevoel in de mond	15-20 tabletten/dag
Lozenges	Een lozenge wordt in de mond geplaatst	Brandend gevoel in de mond	10-15 tabletten/dag
Kauwgom	Een paar minuten kauwen en in de mond houden, maximum 20 minuten	Brandend gevoel in de mond Jeukende kaak	1-15/dag
Neusspray	Een spray per neusgat	Brandend gevoel in de neus. Niezen en waterachtige ogen	Regelmatig 2x per dag spuiten
Inhalator	Puffen zoals bij een sigaret	nvt	3-6 stuks

Aangepast van McEwen, McRobbie, & West (2006), Manual of Smoking Cessation: A Guide for Counsellors and Practictioners.

OPGELET
Er moet opgelet worden bij het voorschrijven van bupropion (Zyban) bij ontwenning van cannabis, aangezien dit de ontwenningsverschijnselen erger kan maken.
Er is geen bewijsbasis voor NRT bij jongeren.

NRT is vrij verkrijgbaar in apotheken maar wordt niet gesubsidieerd door het Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS, Farmaceutisch Voordeelschema). Champix en Zyban zijn enkel op voorschrift van een arts verkrijgbaar en worden gesubsidieerd door de PBS. Op dit moment zijn er geen gepubliceerde klinische trials voor het gebruik van NRT en Champix, zowel voor cannabisverslaving als voor nicotine- en cannabisverslaving. Er is één gepubliceerde klinische trial voor het gebruik van Zyban bij cannabisverslaving met slechte resultaten omwille van de aanzienlijke neveneffecten, aangezien bupropion de ontwenningsverschijnselen van cannabis erger maakt.

Gelijktijdig gebruik van benzodiazepines

Gebruikers die behandeling zoeken voor hun cannabis- en benzodiazepinegebruik voor een erkende aandoening of voor afhankelijkheid van benzodiazepines, wordt het volgende aangeraden:

Stappen	Aanbevelingen voor medische praktijkvoering
1	Stabiliseer het benzogebruik: dit kan door een afbouwschema en het aantal tabletten per dag te verminderen tot een aantal dat u en de cliënt aanvaardbaar vinden.
2	Selectieve detoxificatie van cannabis: cliënten verminderen hun cannabisgebruik terwijl er geen verandering is in de dosis benzo's.
3	Monitoren en behouden van benzogebruik: bekijk regelmatig samen met de cliënt of er geen stijging is in het benzogebruik
4	Overweeg na het stoppen, verminderen of stabiliseren van cannabisgebruik, de mogelijkheid tot ontwenning van of vermindering van benzo's onder medische supervisie

13. Omgaan met tijdsbeperkingen

In deze richtlijn hebben we het gehad over het afstemmen van interventies op de noden van de cliënt. Interventies moeten echter ook afgestemd worden op de setting waarin u werkt en, realistisch gezien, op de beschikbare tijd. Het volgende is een richtlijn voor het afstemmen van uw interventies (aangepast van Shand et al., 2003).

Tabel 16: Settings met tijdsbeperkingen

Geen tijd	• Bied folders aan over stoppen met cannabisgebruik
30 minuten	• Screening • Geef eenvoudig advies over de schade die cannabisgebruik toebrengt • Bied een follow-up afspraak aan
60-90 minuten	• Assessment van cannabis- en andere problemen, samen met gepersonaliseerde feedback • Praat over self-management en behandelmogelijkheden • Bied zelfhulpmateriaal aan • Bied follow-up afspraken aan

14. Samenvatting

Aanbeveling	Evidentie
In de meeste gevallen kan cannabisafhankelijkheid ambulant behandeld worden, gebruik makend van MI of CBT.	A
Hoewel het niet getest is buiten onderzoekssettings, toont de toepassing van CM bij MI en CBT verbeterde resultaten	A
Comorbide afhankelijkheid komt vaak voor en kan gelijktijdig behandeld worden, bijvoorbeeld afhankelijkheid van nicotine en NRT.	C
Hoewel er geen onderzoek bestaat over het optimale aantal sessies, zijn er behandelingen van 1 tot 9 sessies getest en positief bevonden.	C
Voortgezette behandeling en assertieve follow-up zijn belangrijke behandelaspecten.	B

15. Referenties

An, L.C., Klatt, C., Perry, C.L., Lein, E.B., Hennrikus, D.J., Pallonen, U.E., Bliss, R.L., Lando, H.A., Farley, D.M., Ahluwalia, J.S., & Ehlinger, E.P. (2008). The realU online cessation intervention for college smokers: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine 47*(2), 194–199. Available on line: http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.ypmed.2008.04.011

Blair, M.E., Zubrick, S.R., & Cox, A.H. (2005). The Western Australian Aboriginal Child Health Survey: findings to date on adolescents. *Medical Journal of Australia. 183(8)*, 433-435.

Burns, J., Morey, C., Lagelée, A., Mackenzie, A., & Nicholas, J. (2007). Reach Out!: Innovation in service delivery. *Medical Journal of Australia 187*(7), S31–S34.

Cacciola, J., Camilleri, A., Carise, D., Rikoon, S., McKay, J., McLellan, T., Wilson, C., & Schwarzlose, J.T. (2008). Extending residential care through telephone counseling: Initial results from the Betty Ford Center Focused Continuing Care protocol. *Addictive Behaviors 33*(9), 1208–1216.

Casey, W. & Keen, J. (2005). *Strong Spirit Strong Mind, Aboriginal alcohol and other drugs worker resource: A guide to working with our people, families and communities.* Aboriginal Alcohol and other Drugs Program, WA Drug and Alcohol office.

Chabrol, H., Duconge, E., Casas, C., Roura, C., & Carey, K.B. (2005). Relations between cannabis use and dependence, motives for cannabis use and anxious, depressive and borderline symptomatology. *Addictive Behaviours 30*, 829–840.

Clough, A., d'Abbs, P., Cairney, S., Gray, D., Maruff, P., Parker, R., & O'Reilly, B. (2004). Emerging patterns of cannabis and other substance use in Aboriginal Communities in Arnhem Land, Northern Territory: A study of two communities. *Drug and Alcohol Review 23*(4), 381–390.

Copeland, J. (2006). Cannabis use, depression and public health. *Addiction 101*, 1380.
Copeland, J. & Maxwell, J. (2007). Correlates and outcomes of cannabis treatment among legally coerced versus noncoerced adults in Texas. *BMC Public Health 7*, 111.

de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.

Degenhardt, L., Hall, W. & Lynskey, M. (2003). Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction 98*, 1493–1504.

Dennis, M., Godley, S.H., Diamond, G., Tims, F.M., Babor, T., Donaldson, J. et al. (2004). The Cannabis Youth Treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment 27*, 197-213.

Donato-Hunt, C. (2007). Issues for CLD clients in accessing appropriate treatment. *DrugInfo Newsletter 5*(2), 2.

Doumas, D. & Hannah, E. (2008). Preventing highrisk drinking in youth in the workplace: A web-based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse Treatment 34,* 263–271.

Dudgeon, P., Garvey, D. & Pickett, H. (2000). *Working with Indigenous Australians: A handbook for psychologists*. Perth: Gunada Press.

Ford, D.E., Vu, H.T. & Anthony, J.C. (2002). Marijuana use and cessation of tobacco smoking in adults from a community sample. *Drug and Alcohol Dependence 67*, 243–248.

Godley, S.H., Godley, M.D. & Dennis, M.L. (2001). The Assertive Aftercare Protocol for adolescent substance abusers. In E.F. Wagner & H.B. Waldron (eds.), *Innovations*

Hoofdstuk 8: Gezinsinterventies

1. Families

Kinderen ervaren vaak negatieve gevolgen van het druggebruik van hun ouders. Een recent rapport meldde dat ongeveer 10% van de kinderen in een huishouden leeft waar één van de ouders alcohol of drugs misbruikt of eraan verslaafd is. In Australië worden 24 op 1000 kinderen jonger dan 12 blootgesteld aan minstens één persoon die op dagelijkse basis cannabis rookt (Frye et al., 2008).

Rekening houden met het gezin is een belangrijk aspect van de behandeling, zeker wanneer het gaat over adolescente cliënten. Dit hoofdstuk gaat over het engageren van gezinsleden, ongeacht of de cannabisgebruiker de ouder of het kind is. De interventies vermeld in dit hoofdstuk, kunnen in gelijk welke fase van de behandeling gebruikt worden. Er zijn grote verschillen bij clinici en hupverleningsinstanties in de praktische uitvoering en capaciteit om interventies aan gezinnen aan te bieden. Clinici worden aangemoedigd om zelf na te gaan in welke mate een gezin bereid is om een behandeling aan te vatten en in hoeverre dit ook mogelijk is voor hen. Een volledige assessment moet een beoordeling van de mentale gezondheid en het druggebruik van de ouders omvatten, en indien nodig een doorverwijzing naar individuele hulpverlening. Hieronder worden er principes en niveaus van interventies opgesomd die door clinici overwogen kunnen worden om de gezinnen te ondersteunen. Deze interventies kunnen geïmplementeerd worden op elk niveau van de behandeling, indien dat noodzakelijk geacht wordt. Gelieve op te merken dat deze interventies enkel aanbevolen worden aan clinici die al ervaring hebben in het werken met gezinnen.

2. Principes voor een op familiegerichte praktijk

- Het gezin betrekken bij de hulpverlening kan leiden tot betere resultaten.
- Cliënten zelf kunnen het best beoordelen wie deel uitmaakt van hun gezin, en wat de mate is waarin hun gezin bij de behandeling betrokken moet worden.
- Om het individu dat behandeld wordt te helpen, zijn gezinnen vaak bereid en in staat om te veranderen.
- Personeel van de voorziening moet getraind en uitgerust zijn om met gezinnen te werken (Patterson & Clapp, 2004).

3. Vertrouwelijkheid

Als er met meer dan één gezinslid gewerkt wordt, krijgen clinici vaak te maken met overwegingen over de vertrouwelijke band met de cliënt. Als het gezin betrokken wordt, hebben alle leden recht op vertrouwelijkheid. De cliënt heeft zelf het recht om te bepalen aan wie er details over zijn behandeling vrijgegeven worden. Er mag geen informatie over iemands behandeling gegeven worden zonder zijn expliciete goedkeuring (wij raden een geschreven goedkeuring aan) van de cliënt[2].

---

[2] Het beroepsgeheim wordt in België geregeld in artikel 458 van het Strafwetboek (nvdr)

Het volgende moet door de clinici overwogen worden:

- Bespreek grenzen inzake vertrouwelijkheid (zoals bij het omgaan met kinderbescherming of zelfverminking).
- Ontwikkel formulieren over de 'vrijgave van informatie', die details vastleggen van welke informatie vrijgegeven wordt.
- Leg richtlijnen inzake vertrouwelijkheid voor alle partijen vast, vooraleer de gezamenlijke sessies aanvatten.

4. Mate van engagement

Patterson en Clapp (2004) beschrijven verschillende 'niveaus van engagement' in het werken met gezinnen. De niveaus zijn afhankelijk van hun copingsvaardigheden en hun betrokkenheid bij de cannabisgebruiker.

Level 1: rekening houden met gezinnen bij het werken met cliënten

Tijdens contactmomenten kunnen clinici de cliënten vragen stellen met betrekking tot hun gezin of levenspartner. Voorbeelden kunnen zijn:

'Wie is op dit moment belangrijk in uw leven?'

'Hoe steunen zij u?'

'Weten ze dat u deze hulp krijgt?'

'Zou u willen dat ze betrokken worden bij uw behandelingen en hoe?'

Het is de rol van de clinicus om het concept 'gezin' levendig te houden tijdens het werken met de cliënt en om rekening te houden met mogelijke veranderingen in de gezinssituatie of in de intensiteit van hun ondersteuning. Een genogram (geïllustreerde weergave van de gezinsrelaties) kan de clinicus helpen om gezinsrelaties en mogelijke banden te verkennen en zich er een beeld van te vormen.

Level 2: telefonische ondersteuning aan gezinnen

Telefonische ondersteuning omvat het informatie geven en steun bieden aan gezinsleden via de telefoon. Het verschilt van telefonische counseling want het gaat vaak om een eenmalig contact met de cliënt en richt zich meer op het verschaffen van informatie dan op therapeutische steun.

Het volgende wordt aan de gezinsleden aangeboden:

- erkenning van bezorgdheden;
- informatie over ontwenning van cannabis en wat er verwacht mag worden;
- informatie over de algemeen beschikbare behandelingen voor cannabisverslaving;
- doorverwijsinformatie;
- crisis interventie;
- probleemoplossingen.

Level 3: effectieve doorverwijzing van gezinnen naar andere ondersteunende diensten

Organisaties of clinici die doorverwijzen, moeten een up-to-date lijst bijhouden van instellingen in de omgeving. Deze diensten kunnen steungroepen, gemeenschapsgezondheidscentra, instellingen voor gezinshulp en verwante gezondheidsprofessionals zijn. Hierbij wordt er aangeraden dat:

- Elke database minstens twee keer per jaar geüpdatet wordt.
- U rechtstreeks contact legt met de diensten of personen om informatie te verzamelen over de doorverwijsprocessen, doorverwijscriteria, het soort aangeboden dienst, de duur van de behandeling en de kosten van de behandeling.
- U zorgt voor actieve doorverwijzing: de gezinsleden opbellen om te zien of ze contact hebben opgenomen met de dienst waarnaar ze doorverwezen werden, of het gezin ondersteunen om contact op te nemen.

Level 4: oprichting van steungroepen voor gezinnen

Als u of uw organisatie de capaciteit heeft, vormen ondersteuningsroepen voor gezinsleden een forum voor het verlenen van informatie over cannabis en de effecten ervan. Groepen worden opgestart en vooruit geholpen door ervaren clinici met vaardigheden in het omgaan met de complexiteit van groepen. Ze verschillen van zelfhulpgroepen omdat ze beperkt zijn in de tijd, de deelnemers als cliënten gezien worden en de organisatie de verantwoordelijkheid heeft om steun te bieden.

Steungroepen bieden steun en veiligheid en zorgen voor het normaler worden van reacties, de vermindering van gevoelens van afzondering / isolatie en het vergroten van vaardigheden in het omgaan met druggebruik. Ze bieden een forum waar cliënten vragen kunnen stellen en antwoorden krijgen van ervaren artsen en waarbij gezinsleden van anderen leren over de beschikbare middelen en ondersteuning in de bredere gemeenschap.

Level 5: gezinstherapie in één sessie

Eénmalige therapie omvat een consultatie die erop gericht is om voordeel te halen uit bestaande hulpmiddelen en uit de bereidwilligheid van de cliënt om te veranderen. Hierbij worden principes en ideeën van gezinstherapie en korte oplossingsgerichte therapie gebruikt. De sessie kan plaatsvinden met de cliënt en gezinsleden of met één enkel gezinslid.

Geïnteresseerde clinici worden aangemoedigd om training te volgen voor deze eenmalige therapie. Deze therapie heeft drie discrete fasen:

- Intake: de gezinsleden vullen een intakevragenlijst in over het richten van hun denken op het aan te pakken probleem, bestaande middelen of sterktes en verandering die reeds plaatsvond.
- Counseling sessie: deze sessie moet volgende elementen omvatten: het bepalen van een context, een focus vinden, reeds uitgeprobeerde oplossingen onderzoeken, beperkingen onderzoeken, reflecteren, de cliënt feedback geven, last-minute kwesties

aanpakken, de communicatie in het gezin en de gezinsdynamica beoordelen en bespreken wat volgt.
- Follow-up: ongeveer drie weken na de sessie wordt het gezin opgevolgd met een brief of telefoongesprek. Er kan nog één sessie georganiseerd worden, of het dossier kan afgesloten worden als er geen verdere interventie nodig is.

Daarnaast vonden Copello en collega's (2009) dat werken met gebruikers en gezinnen leidt tot positieve resultaten voor drugproblemen. Ze ontwikkelden een kort model met vijf stappen gericht op gezinsleden. Het kan aangeboden worden in één enkele sessie.

Stap 1: Niet-veroordelend luisteren naar de zorgen van de gezinsleden.

Stap 2: Informatie en educatie over drugmisbruik aanbieden.

Stap 3: Manieren bespreken waarop gereageerd kan worden op het druggebruik en gedrag van het gezinslid.

Stap 4: Steunmiddelen voor het gezin verkennen.

Stap 5: Verdere hulp regelen indien nodig.

Level 6: Counseling (individueel en gemeenschappelijk) bieden aan gezinnen.

Counseling met gezinnen kan gezamenlijke counseling of aparte sessies voor de gezinsleden omvatten. Het doel wordt vóór de aanvang van de counseling vastgelegd door de cliënt en het gezin. Cliënten met druggerelateerde problemen krijgen vaak te maken met complexe problemen die kunnen leiden tot vervreemding van het gezin en hun sociale ondersteuning. Op zichzelf en alleen proberen om te gaan met deze problemen kan extreem moeilijk zijn. Gezinsleden kunnen ingeschakeld worden om deel uit te maken van het 'team' van de cliënt en om deel uit te maken van de oplossing. Er zijn geen studies die het gebruik van één modaliteit van gezinstherapie boven een andere verkiezen. De drie soorten gezinstherapie waarvoor de meeste evidentie verzameld is, zijn Functional Family Therapy (Waldron et al., 2001), Multidimensional Family Therapy (MDFT) (Liddle et al., 2001) en Multisystemic Therapy (Henggeler et al., 2002).

Functional Family Therapie of Functionele gezinstherapie is effectief bij hoge-risico jongeren en jongeren die te maken hadden met de jeugdrechtbank. Het is een bijzonder gestructureerd en gefaseerd programma. Om succesvol te zijn, zijn in elke fase specifieke doelen, aandachtspunten voor assessment, specifieke technieken voor interventie en therapeutische vaardigheden nodig. Eerst wordt de innerlijke sterkte van de gezinsleden en het gevoel in staat te zijn de situatie te verbeteren, ontwikkeld. Dat biedt het gezin een basis voor verandering en voor toekomstig functioneren dat verder reikt dan de rechtstreekse steun van de therapeut en andere sociale systemen.

Multidimensional Family Therapy (MDFT) is een behandeling die ontwikkeld werd voor adolescenten met drug- en gedragsproblemen en voor de preventie van beginnend druggebruik bij adolescenten. De doelstelling is om het druggebruik en ander probleemgedrag van de adolescent aanzienlijk te verminderen en om het algemene functioneren van het gezin te verbeteren. MDFT is internationaal erkend als één van de meest effectieve behandelingen voor drugproblemen bij adolescenten (vb. Brannigan et al., 2004; Rigter, Gageldonk & Ketelaars, 2005). Evidentie voor de effectiviteit voor het verminderen van cannabisgebruik wordt gevonden in twee grote gerandomiseerde trials. De eerste vergelijkt MDGT met groepstherapie voor adolescenten en Multifamily Educational Intervention (Liddle et al., 2001), de tweede vergelijkt de effectiviteit van MDGT bij 600 cannabisverslaafde adolescenten, met de effectiviteit van een 'Adolescent Community Reinforcement Approach' en een aantal andere interventies, inclusief MGT/CBT en gemeenschapsversterking (Dennis et al., 2002). De resultaten van de eerste trial toonden een verbetering in het druggebruik (hoofdzakelijk cannabis) en het algemene psychosociale functioneren, inclusief gezinsfunctioneren en academische prestaties. De positieve bevindingen suggereren dat MDFT bijzonder bruikbaar kan zijn voor jongeren met nog andere gedragsproblemen. In de tweede trial vertoonden alle groepen verbetering, en MDGT werd niet gezien als de behandeling die het meest kosteneffectief is. Voor meer informatie over de interventies met MDGT, zie: Howard A. Liddle (2002), *Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users* (Cannabis Youth Treatment Series vol. 5), Rockville, MD: SAMHSA. (http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productdetails.aspx?Productid=15872)

Multisystemic Therapy (MST) of Multisysteem Therapie bevat een ruime aanpak voor de problemen van adolescenten, aangezien de therapie de jongere en zijn of haar gezin betrekt, alsook lotgenoten, de school en de gemeenschap. MST kent een brede toepassing en wordt gebruikt om chronisch en gewelddadig crimineel gedrag, drugmisbruik, seksuele misdrijven, psychiatrische noodgevallen (vb. moordzucht, zelfmoordneigingen, psychose), kindermishandeling en ernstige gezondheidsproblemen, zoals slecht beheerde Type I diabetes en HIV, te behandelen. Een vierjarige follow-up (n = 118) van een gerandomiseerde trial die MST vergelijkt met normale gemeenschapsdiensten stelde vast dat het zelf gerapporteerde cannabisgebruik niet verschilt tussen groepen, maar de biologisch bevestigde onthouding was aanzienlijk hoger voor de MST groep (55% vs 28%) (Henggeler et al., 2002). Er wordt niet gesuggereerd dat alle clinici zich moeten oefenen in deze therapiewijzen, maar clinici met een interesse in gezinstherapie kunnen hier verder in getraind worden.

5. Samenvatting

Aanbeveling	Evidentie
Clinici met de juiste opleiding en met beschikbare hulpmiddelen om gezinsinterventies uit te voeren moeten dit doen, rekening houdend met de omstandigheden van de cliënt.	A
Omdat gezinsleden gevolgen ondervinden van het cannabisgebruik van de cliënt, moeten ze, indien mogelijk, betrokken worden in de behandelingsplanning.	B

6. Referenties

Brannigan, R., Schackman, B.R., Falco, M., & Millman, R.B. (2004). The quality of highly regarded adolescent substance abuse treatment programs: Results of an in-depth national survey. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 158*, 904–909.

Copello, A., Templeton, L., Velleman, R., Orford, J., Patel, A., Moore, L., & Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two primary-care brief interventions for family members affected by the addictive problem of a close relative: A randomised trial. *Addiction 104*, 49–58.

Dennis, M., Titus, J.C., Diamond, G., Donaldson, J., Godley, S.H., Tims, F.M., Webb, C., Kaminer, Y., Babor, T., Roebuck, M.C., Godley, M.D., Hamilton, N., Liddle, H., & Scott, C.K. (2002). The Cannabis Youth Treatment (CYT) experiment: Rationale, study design and analysis plans. *Addiction 97* Suppl 1, 16–34.

Frye, S., Dawe, S., Harnett, P., Kowalenko, S., & Harlen, M. (2008). *Supporting the families of young people with problematic drug use.* Canberra: Australian National Council on Drugs. Henggeler, S.W., Clingempeel, W.G., Brondino, M.J., &

Pickrel, S.G. (2002). Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substancedependent juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 41*(7), 868–874.

Liddle, H.A., Dakof, G.A., Parker, K., Diamond, G.S., Barrett, K., & Tejada, M. (2001). Multidimensional Family Therapy for adolescent substance abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse 27*(4), 651–688.

Liddle, H.A. (2002). *Multidimensional family therapy for adolescent cannabis users*. Cannabis Youth Treatment Series vol. 5. Rockville, MD: SAMHSA. Available on line: http://ncadistore.samhsa.gov/catalog/productdetails.aspx?Productid=15872

Patterson, J. & Clapp, C. (2004). *Working with families*. Clinical Treatment Guidelines for Alcohol and Drug Clinicians no. 11. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre Inc.

Rigter, H., Van Gageldonk, A. & Ketelaars, T. (2005). *Treatment and other interventions targeting drug use and addiction: State of the art 2004*. Utrecht, the Netherlands: National Drug Monitor.

Waldron, H.B., Slesnick, N., Turner, C.W., Brody, J.L., & Peterson, T.R. (2001). Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 4- and 7-month assessments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 69*, 802–813.

Hoofdstuk 9: Psycho-educatie en sociale ondersteuning

1. Overzicht van psycho-educatie

Psycho-educatie is een specifieke vorm van onderwijs, waarbij cliënten toegang krijgen tot duidelijk en beknopt gepresenteerde feiten over een breed gamma aan thema's gerelateerd aan middelenmisbruik. Sinds de jaren '70 worden psycho-educatie en zelfhulpmateriaal (vb. boeken, informatiefolders, computerprogramma's) gebruikt als aanvulling bij face-to-face behandeling en als alleenstaande interventie (Finfgeld, 2000). Psycho-educatie moet gegeven worden consistent met de principes van motivationele gespreksvoering (MI). Er wordt er van uitgegaan dat de cliënt betere keuzes kan maken als hij over gepaste kennis, zelfbewustzijn en beslissingsvaardigheden beschikt. Onderzoek toonde aan dat hoe meer mensen zich bewust zijn van hun toestand en hoe die hun eigen leven en dat van anderen beïnvloedt, hoe meer controle ze hebben over hun eigen toestand (Lincoln, Wilhelm & Nestoriuc, 2007).

Educatie kan aangeboden worden met of zonder persoonlijk contact, individueel of in groep. Eén van de belangrijkste factoren is het linken van informatie aan de persoonlijke ervaring van de cliënt. Psycho-educatie biedt de mogelijkheid om een goede therapeutische relatie te ontwikkelen en om empathisch om te gaan met de verhalen van de cliënt over cannabisgebruik. Het kan de persoonlijke uitwisseling van ervaringen aanmoedigen en hoop en geruststelling bevorderen. Psycho-educatie versterkt de berichten die cliënten krijgen m.b.t. hun gezondheid van hun huisarts, psycholoog, psychiater of consulent; het leidt cliënten op en het ondersteunt de behandeling of therapie. Clinici moeten psycho-educatie op een geschikte en strategische manier aanbieden om zo het positieve effect op gedrag te maximaliseren. In ideale omstandigheden omvat het ook het gezin of de hulpverleners van de cliënt.

2. Doelen van psycho-educatie

Er bestaan verschillende doelen voor psycho-educatie. Psycho-educatie op vlak van actie kent het grootste effect. (Zie Tabel 17)

Tabel 17: Overzicht van psycho-educatie mogelijkheden

Doel van psycho-educatie	Voorbeeld
Psycho-educatie - kennis	Craving komt in golven. De periodes tussen episodes van craving wordt langer naarmate er meer dagen zijn zonder gebruik.
Psycho-educatie - bruikbare kennis	Tekort aan slaap kan een hervalrisico inhouden.
Psycho-educatie – actie	Verminder stress door ademhalingstechnieken te gebruiken.

Er wordt aangeraden dat psycho-educatie aangeboden wordt op een manier die consistent is met de MI-principes, waarbij de volgende opzet gebruikt wordt:

- Bekijk de huidige kennis van de cliënt over zijn aandoening/behandeling en bespreek zijn bezorgdheid, onder andere door mythes, angsten, de oorzaken ervan en het geloof erin aan te kaarten.
- Vraag toestemming om verdere informatie te leveren.
- Lever informatie.
- Ontlok nieuwe inzichten, gebaseerd op het geleverde materiaal.

Psycho-educatie is meer dan louter brochures of lectuur aanbieden, in het bijzonder bij cliënten met comorbide psychiatrische aandoeningen. Het effect van een mentale stoornis en druggebruik op het cognitief en motivationeel functioneren en op de aandachtspanne van de cliënt, vereist dat clinici bijzonder flexibel en creatief zijn bij het voorstellen van de informatie (Carey et al., 2000).

Psycho-educatie is een doorlopend proces, waarbij verschillende soorten informatie relevant zijn op verschillende tijdstippen in de behandeling/het herstel. Psycho-educatief materiaal moet aantrekkelijk zijn. Daartoe moeten ze, in ideale omstandigheden:

- Correct zijn – inclusief over de dingen die we NIET weten.
- Multi-modaal zijn, om de aandacht van de ontvanger te trekken, door middel van verschillende leermodaliteiten, in het bijzonder voor volwassen leerlingen.
- Daar waar het gepast is, verschillende referenties gebruiken uit de populaire cultuur.
- Verhalen van verslaafden gebruiken.
- Geschikt zijn voor het geslacht, de leeftijd en het opleidingsniveau van de gebruiker, en het materiaal presenteren op nieuwe en aantrekkelijke manieren (vb. goede lay-out, aantrekkelijke en gemakkelijk leesbare lettertypes, aantrekkelijke afbeeldingen met kleuren die de aandacht trekken).
- Positief zijn van toon en visuele presentatie. Cliënten zijn minder geneigd om informatie met 'stop'-tekens en 'nee'-symbolen te aanvaarden.
- Realistisch en eerlijk zijn - cliënten zullen informatie niet ernstig nemen als er overdreven wordt.
- Herhalen - net zoals alle effectieve promotionele berichten.
- Voorbeelden aanhalen die relevant zijn voor de cliënt.
- De interesses van de cliënten in overweging nemen en hen een kans bieden om hun verhaal te vertellen.

3. Stadiumafhankelijke psycho-educatie

Engagement	→ Beoordeel de kennis over cannabisgebruik en afhankelijkheid, en indien relevant over de geestelijke gezondheid → Bied relevante informatie aan over de effecten van cannabis → Vermijd het overweldigen van de cliënt
Overtuiging	→ Bied kennis aan over mentale stoornissen en cannabisgebruik → Gebruik interactieve opleidingsmethoden
Actieve behandeling	→ Geef gerichte informatie, link deze aan de doelen van de cliënt → Gebruik interactieve methodieken
Terugvalpreventie	→ Geef informatie over gezondheid, welzijn en verandering in de leefstijl → Help de cliënt om zelf informatie op te zoeken

Zelfhulpmateriaal is een belangrijke aanvulling bij de behandeling, aangezien het die personen kan aanspreken die doorgaans geen behandeling krijgen. Het materiaal moet goed verdeeld worden onder cannabisgebruikers en moet ook toegankelijk zijn voor diegenen die geen Nederlands praten of niet goed kunnen lezen. Hieronder vindt u een lijst met beschikbare informatie over cannabis. Gelieve op te merken dat hoewel de meeste bronnen beoordeeld werden of feedback kregen van verslaafden, ze niet geëvalueerd werden op vlak van effecten op cannabisgebruik of behandeluitkomsten. Voor u beslist welk boekje het meest geschikt is voor uw cliënten, moet u hun leesleeftijd en vaardigheden in overweging nemen. Sommige boekjes leveren het beste resultaat op als ze overlopen worden samen met een clinicus.

4. Gids voor hulpmiddelen

Het volgende is een gids voor sommige van de beschikbare psycho-educatie materialen voor cannabis. De meeste van deze hulpmiddelen werden in Australië ontwikkeld en kunnen gedownload of besteld worden op de betreffende website (zie Tabel 18).

Tabel 18: Gidsen – Engelstalig

Resource		Description and link
What's the deal x 4		A series of easy to read step-by-step guides that include quitting cannabis and information for parents and young people Available from http://ncpic.org.au: What's the deal on quitting? A do-it-yourself guide for cannabis users What's the deal? Cannabis facts for parents What's the deal? Cannabis facts for young people What's the deal? Talking with a young person about cannabis
Mulling it over		Health information for people who use cannabis http://www.mdecc.org.au/resources.htm
Trimming the grass		http://www.mdecc.org.au/resources.htm
Fast facts on cannabis and mental health		http://ncpic.org.au/
Fast facts on cannabis		http://ncpic.org.au/
The mix (alcohol and cannabis)		http://ndarc.med.unsw.edu.au/
Cannabis: facts for teens		Educational brochures that NIDA publishes on cannabis http://ncadistore.samhsa.gov/catalogNIDA/

Resource		Description and link
Cannabis: facts parents need to know		Educational brochures that NIDA publishes on cannabis Available in English and Spanish http://www.drugabuse.gov/MarijBroch/MarijIntro.html
A guide to cutting down and stopping cannabis		11-page booklet http://www.knowcannabis.org.uk/
Cannabis and your body (leaflet)		http://www.adf.org.au/store/article.asp?ContentID=Cannabisandbody753
Others	Downloadable fact sheets about cannabis from www.ncpic.org.au: What is cannabis? Cannabis and the law Cannabis and mental health Cannabis potency Cannabis and driving Cannabis and dependence Cannabis and prescribed medications Cannabis and aggression Cannabis and motivation Cannabis and tobacco use Cannabis in the workplace Cannabis use and reproduction Looking after a friend on cannabis Mixing cannabis and alcohol People at risk of developing problems with their cannabis use Cannabis and young people Cannabinoids and appetite Cannabinoids Cannabis contamination	

5. Verandering zonder interventie van de hulpverlening

De meerderheid van de personen met alcohol- en drugsproblemen stoppen succesvol of hebben hun gebruik onder controle zonder behandeling. Er is algemeen en cannabisspecifiek materiaal beschikbaar voor psycho-educatie en kortdurende interventie, zowel op papier als online. Hoewel weinig materiaal nauwgezet geëvalueerd werd, vindt u hieronder (Tabel 19) toch een lijst met voorbeelden van online psycho-educatie die vaak gebruikt worden door clinici.

Tabel 19: Websites voor online psycho-educatie

Website	Beschrijving
NCPIC www.ncpic.org.au	Informatie voor professionals, gebruikers en familie.
Know cannabis http://www.knowcannabis.org.uk/	Deze website helpt een inschatting te maken van cannabisgebruik, de impact op je leven en hoe te veranderen.
E toke http://www.e-toke.com/info/index.php	Tool die een korte assessment maakt en feedback geeft, bedoeld om gebruik te verminderen bij studenten.
Somazone www.somazone.com.au	Een website voor en door jongeren. Snel, gratis en anoniem kan je informatie verkrijgen over alcohol en andere drugs, zelfbeeld, relaties, seks…

6. Sociale ondersteuning of zelfhulpgroepen

Een zelfhulp- of wederzijdse hulpgroep is een groep die als doel heeft steun, praktische hulp en behandeling te bieden aan de groepsleden, die een gemeenschappelijk probleem hebben (Baldacchino & Rassool, 2006). Twee van de meest voorkomende zelfhulpgroepen in Australië zijn Marijuana Anonymous (MA) en SMART Recovery. Er zijn echter ook heel wat lotgenotengroepen voor cliënten in behandelingscentra. Hoewel de effectiviteit van deze groepen niet geëvalueerd werd, vormen ze een belangrijk onderdeel van sociale ondersteuning voor sommige cliënten en worden goed aanvaard door hen.

Marijuana Anonymous http://livingaid.org/maa/

SMART Recovery www.smartrecoveryaustralia.com.au

Marijuana Anonymous (MA) biedt een 12 stappenprogramma gebaseerd op het programma van de Anonieme Alcoholici. MA is onafhankelijk dankzij bijdragen en is niet aangesloten bij een religieuze of seculiere instelling of organisatie. De belangrijkste doelstelling is om weg te blijven van cannabis (aanpak gebaseerd op onthouding) en om gebruikers te helpen hun gebruik te verminderen.

Het SMART Recovery 4-punten programma gebruikt een variëteit aan CBT tools en technieken om individuen te helpen hun foutieve gedachten te veranderen om zo onafhankelijk te worden van verslavende gedragingen. Door de overtuigingen en emoties te beheersen die hen aansporen tot drinken of druggebruik, worden de deelnemers aangemoedigd om te leren hoe ze deze technieken kunnen gebruiken naargelang ze vorderen naar het bereiken van een gezonde levensbalans. De groepen zijn 'open' dus de

deelnemers kunnen zo veel of zo weinig komen als ze willen. De sessies bieden de deelnemers een kans om moeilijkheden, uitdagingen, prestaties en successen te bespreken en om zich te richten op doelstellingen.

7. Samenvatting

Aanbeveling	Evidentie
Psycho-educatie is een continu proces. Het omvat het aanbieden van geschreven of mondelinge informatie over de schadelijke gevolgen van cannabisgebruik. Het moet aangeboden worden aan alle cliënten.	A
Clinici moeten zichzelf inwerken in beschikbaar materiaal (schriftelijk en online).	B
Naast standaardtherapie moeten clinici zelfhulpboeken en informatie over zelfhulpgroepen aanbieden.	C

8. Referenties

Baldacchino, A. & Rassool, H. (2006). The self help movement in the addiction field revisited. *Journal of Addictions Nursing 17*, 47–52.

Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A., Carey, M.P., & Simons, J.S. (2000). Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness: Clinicians' perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment 19*, 189–198.

Finfgeld, D.L. (2000). Therapeutic groups online: The good, the bad, and the unknown. *Issues in Mental Health Nursing 21*, 241–255.

Lincoln, T.M., Wilhelm, K. & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psycho-education for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research 96*, 232–245.

Hoofdstuk 10: Geestelijke gezondheidszorg bij cannabisgebruikers

In vergelijking met personen die geen cannabis gebruiken, zijn er meer cannabisgebruikers die lijden aan een mentale stoornis. Bovendien gebruiken personen met een mentale stoornis ook meer cannabis dan geestelijk gezonde personen. Op basis van dit verband lijkt het erg waarschijnlijk dat cliënten die een behandeling voor één van beide problemen zoeken, meer dan gemiddeld vatbaar zijn voor de andere aandoening. Het kan echter gebeuren dat zelfs uiterst ervaren clinici uit de geestelijke gezondheidszorg niet opmerken dat een cliënt ook een drugprobleem heeft. Ook clinici die drugmisbruik behandelen, hebben vaak moeite om de aanwezigheid van mentale stoornissen bij hun cliënten te ontdekken of erop te reageren. Het vroege opmerken van comorbide aandoeningen zorgt ervoor dat een effectieve en aan de comorbiditeit aangepaste behandeling kan worden uitgewerkt vooraleer één van de twee stoornissen definitief uitbreekt.

1. Overwegingen

Het is de taak van clinici om personen met comorbide stoornissen op een actieve en betekenisvolle manier te helpen. Dat kunnen ze doen door te zorgen voor een geschikte behandeling binnen het zorgnetwerk waartoe zij behoren (een servicesysteem op basis van het 'no wrong door'-principe). Het is mogelijk dat professionals buiten de geestelijke gezondheidszorg eerst 'psychologische eerste hulp' moeten bieden aan cannabisgebruikers. Dit houdt in dat ze de mentale toestand opvolgen, steun en praktische ondersteuning bieden, inschakelen van bestaande sociale ondersteuning aanmoedigen en – maar dat is nogal ongebruikelijk – de veiligheid van de cliënt garanderen.

Het ideale scenario is dat cliënten met zowel een mentale stoornis als een drugprobleem een geïntegreerde behandeling krijgen. We spreken van een geïntegreerde behandeling wanneer een clinicus een behandeling voorziet voor zowel het drugmisbruik als de mentale stoornis, of wanneer verschillende artsen (soms van verschillende instellingen) samenwerken om een individueel behandelingsplan op te stellen en toe te passen. Het is nodig dat deze integratie verder gaat dan acute interventie en door middel van formele interactie blijft duren tot aan het herstel (Mueser, Birchwood & Copello, 2002).

2. Psychiatrische stoornissen geassocieerd met cannabisgebruik

2.1 Cannabis, psychose en schizofrenie

Een meta-analyse over het verband tussen cannabis en psychose leverde zeven relevante, hoogwaardige studies op (Moore et al., 2007). De resultaten van die studies tonen telkens aan dat het cannabisgebruik het risico op het ontwikkelen van een psychose verhoogt. Op basis van de gebundelde gegevens werd geconcludeerd dat personen die ooit al eens cannabis gebruikten, 40% meer kans hadden op psychose. Er waren tevens bewijzen die wezen op het mogelijke bestaan van een dosis-respons relatie tussen de frequentie van het cannabisgebruik en het risico op psychose. Voor zware cannabisverslaafden steeg het risico zelfs met 50 tot 200%. Op basis van deze gegevens

suggereerde Moore dat ongeveer 14% van de psychotische voorvallen bij jonge volwassen in het Verenigd Koninkrijk niet zou hebben plaatsgevonden indien de jongeren in kwestie geen cannabis hadden gebruikt.

Sectieoverschrijdende nationale onderzoeken uit de Verenigde Staten, Australië en Nederland hebben aangetoond dat het percentage cannabisgebruik bij personen met schizofrenie twee keer zo groot is als dat van de algemene bevolking (Arseneault et al., 2004). Hoewel het gebruik van cannabis het risico op psychose ruwweg verdubbelt, is het absolute risico gering [gaande van ongeveer 7 tot 14 gevallen per 1000 (Saha et al., 2005)].

Er wordt nog steeds aan getwijfeld of cannabisgebruik op zich schizofrenie kan uitlokken die er anders niet zou zijn geweest. Het percentage schizofrene personen is gedurende de laatste decennia naar verluidt namelijk stabiel gebleven of gedaald, terwijl het cannabisgebruik in dezelfde tijdspanne aanzienlijk is gestegen. Cannabis zou daarom eerder kunnen worden beschouwd als een 'cumulatieve causale factor' die voor de definitieve manifestatie van schizofrenie samenwerkt met andere factoren (genetische of vroegtijdige omgevingsfactoren die bekendstaan als risicofactoren voor schizofrenie, zoals complicaties bij de geboorte). Een onderzoek omtrent biologische oorzaken heeft een specifiek gen (met als naam COMT Val 158Met) geïdentificeerd dat mogelijk een rol speelt in het verband tussen cannabisgebruik en psychose (Caspi et al., 2005). Deze studie moet echter nogmaals worden uitgevoerd.

Op basis van recente klinische en bevolkingsonderzoeken (Moore et al., 2007; Raphael et al., 2005; Degenhardt, Hall & Lynskey, 2001; Arseneault et al., 2004a; D'Souza et al., 2008; Fergusson, Horwood & Swain-Campbell, 2003) kan het volgende overzicht worden gegeven:

- Een aantal goed opgezette, longitudinale studies toonden aan dat cannabisgebruik bij adolescenten een verhoogde kans op psychotische symptomen betekende.
- Verschillende lange, goed opgezette, longitudinale studies hebben bewezen dat cannabisgebruik, bij personen die daar kwetsbaar voor zijn omwille van een persoonlijke of familiegeschiedenis van schizofrenie, de symptomen van psychose en schizofrenie bespoedigt.
- Desalniettemin lijkt het erop dat het percentage schizofrene personen in het algemeen stabiel is gebleven of zelfs is gedaald, in tegenstelling tot het aanzienlijk gestegen cannabisgebruik.
- Het is goed mogelijk dat cannabisgebruik, samen met genetische of andere omgevingsfactoren, zorgt voor de manifestatie van psychotische symptomen en/of schizofrenie.
- Een studie heeft een gen geïdentificeerd dat mogelijk een rol speelt in het verband tussen cannabisgebruik en schizofrenie.

Een uitstekende samenvatting vindt u in Cannabis and Mental Health: Put into Context van McLaren, Lemon, Robins, and Mattick (2008), beschikbaar op www.ncpic.org.au

2.2 Cannabis en depressie

Een recente analyse van de gegevensverzameling in de National Comorbidity Survey (NCS) toonde aan dat hoe frequenter het cannabisgebruik is, des te groter het risico op ernstige depressies is (Chen et al., 2002). Daarenboven bewees een eerdere studie reeds dat individuen die voldoen aan de criteria voor DSM-IV-TR drugmisbruik of -verslaving, 6,4 keer meer kans hadden op ernstige depressies dan personen die niet aan die criteria beantwoordden (Grant et al., 2005). De bevinding inzake verhoogde kans op depressie bij cannabisgebruikers werd reeds in een aantal onderzoeken herhaald, onder andere in studies over de jeugd (Rey et al., 2002) en jongvolwassenen (Patton et al., 2002), en in internationale longitudinale cohortstudies (Fergusson & Horwood, 1997; Angst, 1996). In vier van de vijf onderzoeken werd een dosis-respons relatie blootgelegd, die aantoonde dat hoe meer men cannabis gebruikt, des te groter de kans op depressie is (Moore et al., 2007).

Hoewel er steeds meer aanwijzingen opduiken die het dosis-respons verband tussen cannabisgebruik en depressies staven, zijn er op dit moment nog onvoldoende bewijzen om van een causaal verband te kunnen spreken.

2.3 Cannabis en angst

Ofschoon het percentage angststoornissen bij cannabisgebruikers hoger ligt dan gemiddeld, zijn er tot nog toe weinig bewijzen die op een causaal verband wijzen (Moore et al., 2007). Slechts twee van de zeven studies die door Moore en collega's werden bekeken, toonden een significant verband aan tussen cannabisgebruik en angst, onafhankelijk van potentiële storende variabelen. Gezien de complexe aard van cannabinoïden bestaan er tevens aanwijzingen dat cannabis angst zowel kan verhelpen als teweegbrengen, afhankelijk van de hoeveelheden THC en CBD (Hall & Solowij, 1998).

2.4 Langdurige cannabisafhankelijkheid, depressie en angst

Na een tijdje kunnen de gevolgen van een cannabisverslaving leiden tot symptomen van depressie en angst. Deze symptomen houden vaak op eens de cliënt de ontwenningskuur heeft afgewerkt. Indien de symptomen echter niet verdwijnen, moet de cliënt een volledig beoordeling m.b.t. geestelijke gezondheid ondergaan. Bij sommige mensen met een depressie of angststoornissen treden deze symptomen tijdens de ontwenning nog meer naar voren, waardoor ze sneller geneigd zijn om opnieuw cannabis te gebruiken. Dit kan tot een vicieuze cirkel leiden: de cliënt gebruikt, tracht te stoppen, krijgt last van een depressie of angststoornis, en hervalt uiteindelijk.

2.5 Cannabis en zelfmoord

Een gering aantal studies ontdekten een verband tussen cannabisgebruik en zelfmoord bij jonge mensen (cf. Hillman et al., 2000 voor een overzicht). Men stelt zich echter de vraag of dit verhoogde risico niet beter kan worden verklaard door andere risicofactoren. Tot nog toe zijn de uitgevoerde studies te heterogeen geweest om definitieve conclusies over de bestaande verbanden te trekken.

2.6 Andere problemen met betrekking tot geestelijke gezondheid

Gedragsproblemen tijdens de kindertijd en vroege adolescentie blijken in verband te staan met beginnend cannabisgebruik. Ze beantwoorden tevens – op een manier die consistent is met de zelfmedicatiehypothese – aan de criteria voor cannabisverslaving, hoewel deze associatie waarschijnlijk veeleer het resultaat is van onderliggende algemene factoren die het risico op beide stoornissen verhogen (bv. impulsiviteit).

3. Screening naar cannabisgebruik in voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg

Clinici die een cannabisgebruiker onderzoeken, moeten zich ervan bewust zijn dat er bij de cliënt mogelijkerwijs een psychiatrische stoornis aanwezig is. Omwille van deze reden is het belangrijk om hem te screenen en dit later te herhalen. We verwijzen naar tabel 21 voor voorbeelden van geldig verklaarde screeningsmethodes.

- Alle personen die een behandeling krijgen voor psychiatrische problemen of druggebruik moeten worden gescreend of onderzocht op andere, gelijktijdige aandoeningen.
- In dergelijke voorzieningen is routinescreening een effectieve methode om gelijktijdige aandoeningen vaker op te sporen. Er is echter geen screening nodig wanneer een allesomvattend routine “dubbele diagnose” beoordeling is voorzien (een onderzoek dat zowel psychiatrische problemen als alcohol- en andere verslavingen opspoort).
- Screening en/of beoordeling van een gelijktijdige aandoening moet plaatsvinden tijdens of kort na het eerste contact van de cliënt.
- Screening en beoordeling mogen niet worden uitgevoerd wanneer de cliënt beneveld of overstuur is, pijn heeft, een noodbehandeling nodig heeft of acuut psychotisch is.
- Jonge mensen moeten bij elk contact enige vorm van screening op gelijktijdige aandoeningen ondergaan.

Tabel 20: Gevalideerde instrumenten om cannabisgebruik te identificeren

Instrument	**Gebruik bij een populatie met mentale stoornissen**
Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) (WHO ASSIST Working Group 2002)	De World Health Organization (WHO), die de ASSIST ontwikkelde voor gebruik in eerstelijnsgezondheidszorg en medische zorgsettings, rapporteert dat de screening door de meeste personen kan ingevuld worden in 10 minuten
Severity of Dependence Scale (SDS) (Gossop et al., 1995)	De SDS is ook betrouwbaar bij cliënten met een mentale stoornis
Modified Simple Screening	The MSSI-SA is een licht aangepaste versie van het 'Screening Instrument for Substance Abuse' (SSI-SA) en kan door de cliënt zelf ingevuld worden of afgenomen worden in interviewvorm in minder dan 10 min. Het instrument heeft goede interne psychometrische kenmerken en een goede sensitiviteit, specificiteit en nauwkeurigheid.
Urinetest	Kan gebruikt worden als outcome-meting of voor bevestiging van (niet) gebruik

Opgelet!
Hou er rekening mee dat instrumenten zoals de SDS lagere cut-off scores kunnen gebruiken voor cliënten met pscyhiatrische problemen. Dit omdat deze cliënten sneller problemen kunnen ervaren met hun cannabisgebruik in vergelijking met cliënten zonder psychiatrische problemen.

4. Assessment en behandeling van cannabisgebruik in een setting voor geestelijke gezondheidszorg

Aangezien cannabisgebruikers vaak met psychiatrische problemen te kampen hebben, is het belangrijk dat de standaardbeoordelingsprocedures nagaan of de cliënt in kwestie ook cannabis gebruikt. De taal tijdens de beoordeling moet verstaanbaar zijn, blijk geven van vertrouwen en de nadruk leggen op een gezamenlijke aanpak. Hieronder staan enkele adviezen met betrekking tot assessment en behandeling van cannabisgebruik bij jongeren met psychiatrische problemen:

- Bij alle cliënten met psychiatrische problemen in de eerstelijnszorg of in gespecialiseerde voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg, moet nagegaan worden of ze cannabis of andere drugs (waaronder ook tabak) gebruiken.

- Clinici moeten op hun hoede zijn voor mogelijk cannabisgebruik bij cliënten met om het even welke geestelijke gezondheidsproblemen en niet enkel bij diegenen met een psychose.
- Gezien de hoge graad van cannabisgebruik in settings voor geestelijke gezondheidszorg is het belangrijk dat elke vorm van cannabisgebruik opgespoord wordt als onderdeel van standaard beoordelingsprocedures.
- Het principe van een getrapte behandeling, gaande van kortdurende tot meer intensieve interventies en op basis van de richtlijnen opgesteld door Hides et al. (2006), kan nuttig zijn.
- Bovendien benadrukt het voldoende bewezen verband tussen cannabisgebruik en het terug opduiken van symptomen bij personen met psychose (Linzen et al., 1994; Gleeson, 2004) dat het noodzakelijk is om cannabisgebruik en de symptomen van psychose voortdurend op te volgen. Zo kunnen bij deze kwetsbare bevolkingsgroep misstappen meteen opgespoord worden en kan terugval vermeden worden.

Feedback

Als personen met een psychose feedback krijgen, is dat voor hen een teken dat er naar hun individueel verhaal is geluisterd. Het geeft hen tevens de kans mogelijke fouten in hun verhaal te corrigeren (Prochaska et al., 1993). Grafische feedback – bijvoorbeeld een eenvoudig staafdiagram – dat het gebruik van de cliënt vergelijkt met dat van leeftijdsgenoten of met de algemene bevolking, kan de cliënt stimuleren om de informatie te overdenken en na de sessie in zich op te nemen. Feedback kan tevens gegevens betreffende praktische aspecten van cannabisgebruik in kaart brengen, zoals de kosten van of de gespendeerde tijd aan het kopen, gebruik en de roes van cannabis, of het verband tussen gebruik en terugvalpatronen. Dergelijke feedback kan erg effectief zijn (zie werkblad in Hoofdstuk 12).

Behandeling

Er werd aangetoond dat cannabisgebruik vaak gepaard gaat met een aantal symptomen die wijzen op psychiatrische problemen (een gelijktijdig optreden dat verderop comorbiditeit zal worden genoemd). Groots opgezette epidemiologische studies registreerden, bij personen met een drugprobleem, hogere percentages aan psychotische, affectieve, angst- en gedragsstoornissen dan bij de algemene bevolking (Degenhardt, Hall & Lynskey, 2001; Farrell et al., 2001; Merikangas et al., 1998). De meerderheid van personen die een beroep doen op met openbare middelen gefinancierde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, lijden aan psychose (waaronder ook schizofrenie), bipolaire stoornissen of ernstige persoonlijkheidsstoornissen, in het bijzonder de borderline persoonlijkheidsstoornis. Hoewel er met betrekking tot deze laatstgenoemde nog bijna geen onderzoek werd uitgevoerd, hebben verschillende mensen al getracht om behandelingen uit te werken voor cannabisgebruikers die te kampen hebben met bovengenoemde stoornissen (Edwards et al., 2006; Barrowclough et al., 2001; Baker et al, 2006; Kavanagh et al., 2002). Recente Australische onderzoeken toonden aan dat cannabisgebruik bij personen met een psychose een stuk hoger ligt dan in vorige, vergelijkbare internationale studies (Wade et al., 2006; Wade et al., 2007; Hinton, Edwards & Elkins, 2008), die met een gelijkaardige cliëntengroep met

recentelijk opgetreden psychose werkten. Zie Tabel 21 voor een overzicht van de verschillende behandelingsfasen en -strategieën.

Studies geven aan dat cannabisgebruik bij personen met ernstige psychiatrische stoornissen kan behandeld worden.

- Als minimale interventie kan met behulp van MI advies worden verstrekt over het stoppen of het reduceren van het cannabisgebruik alsook over de gevolgen ervan voor de mentale gezondheid.
- De behandeling verloopt zoals beschreven in Hoofdstuk 6, maar omvat MGT/CBT, dat psychiatrische problemen verbindt met deze die gepaard gaan met cannabisgebruik.
- De behandeling van cannabisgebruik bij personen met psychiatrische problemen is effectief. Bovendien tonen studies aan dat de cannabisconsumptie kan worden gereduceerd met gemiddeld 30 tot 50%. (Wade et al., 2006; Johnsson et al., 2004; Addington & Addington, 2001)
- Hoe vroeger met de behandeling wordt begonnen, des te beter het resultaat.
- De planning van het ontslag uit de voorziening moet ook de blijvende opvolging van cannabisgebruik omvatten en mogelijkerwijs een doorverwijzing naar gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening
- Denk aan de rol die cannabis kan spelen in het leven van een psychotisch persoon, vooral in gevallen waarbij de cliënt na het herstel opnieuw geprikkeld wordt om te roken.

Tabel 21: Fasen en strategieën voor de behandeling van psychiatrische problemen

Fase	**Doelen**	**Klinische strategieën**
1. Aanmelding	→ Engageren → Inzet voor de behandeling verhogen → Breng de kwestie van problematisch cannabisgebruik aan bod	→ Indicatiestelling → Feedback o.b.v. assessment → Verkenning van het verklarend model van de diagnose → Verkenning van interactie van cannabisgebruik en diagnose van de mentale stoornis → Verkenning van de bereidheid tot verandering van het cannabisgebruik → Psycho-educatie: exploratie van belemmeringen voor probleemoplossing en toekomstige aanwezigheid
2. Behandelingsbereidheid	Bepaal een doel: verminderen of stopzetten van cannabisgebruik	→ Motivationele gespreksvoering → Harm-reduction → Psycho-educatie over cannabisgebruik en psychiatrische
3. Bepalen van doelen	→ Versterken van de wil tot verandering → Stel vermindering van gebruik voorop, dit kan onthouding bewerkstellingen → Ontwikkel strategieën om de doelen te bereiken	→ Motiverende gespreksvoering → Vastleggen van doelen → Psycho-educatie
4. Uitdagingen	→ Gebruik een goede methode voor alle potentiële uitdagingen horend	→ Counseling tijdens de ontwenning → Probleemoplossing

	bij de vermindering van cannabisgebruik	→ Terugvalpreventie → Psycho-educatie
5. Terugvalpreventie	→ Bepaal factoren die beloningen kunnen zijn voor korte-termijn en lange-termijn onthouding → Denk na over positieve veranderingen in de leefstijl die de doelen van de cliënt ondersteunen	→ Terugvalpreventie → Vaardigheden om cannabis te weigeren → Timemanagement → Psycho-educatie
6. Onderhoud	→ Behoud de motivatie om gebruik te minderen of te stoppen → Blijf aandacht geven aan positieve veranderingen in de leefstijl	→ Terugvalpreventie → Copingsvaardigheden → Timemanagement → MI → Versterking van psycho-educatie
Ontslag	Sluit de behandeling af	Verzeker de cliënt dat hij kan terugkeren indien nodig, of dat hij kan doorverwezen worden naar andere hulpverlening

Psychose

Met betrekking tot vroege psychose moet aandacht worden besteed aan de leeftijd en het ontwikkelingsstadium van de cliënt, waaronder ook de leeftijd waarop de ziekte ontstond. Het kan nodig zijn om ondersteuning te bieden bij het verwerven van basisvaardigheden (bv. probleemoplossing), aangezien het normale verwerven van de vaardigheden eventueel werd verstoord door het uitbreken van een psychotische stoornis en/of langdurig cannabisgebruik.

Tracht rekening te houden met de rol en de invloed van het gezin en de kennissenkring van de cliënt, alsook met hun standpunt tegenover cannabis- en ander druggebruik. Net zoals bij gebruikers van andere drugs, is het mogelijk dat gezinsleden van de cliënt cannabisgebruik in hogere mate aanvaarden of zelf ook gebruiken.
Een zwak inzicht is een gemeenschappelijk kenmerk van beide stoornissen: het kan zijn dat cliënten zelf geen initiatief namen om hulp te zoeken voor hun psychose of cannabisgebruik; het is tevens waarschijnlijk dat ze tijd nodig hebben om in te zien dat

ze werkelijk nood hebben aan een behandeling voor beide aandoeningen. Daarom is het aangewezen dat clinici geregeld feedback geven over de verdere assessment van het druggebruik, veranderingsbereidheid en de psychiatrische toestand. Het ziektebeeld is namelijk complex en verandert regelmatig.

Hou er rekening mee dat cliënten met psychoses vaak met verlies te kampen hebben. Het is dan ook goed mogelijk dat deze personen het verminderen van cannabisgebruik ook als een verlies beschouwen. Het wijzigen van het cannabisgebruik kan voor hen een verlies aan plezier, sociale activiteit of routine betekenen. Opnieuw gebruiken wordt daarom vaak gezien als een terugkeer naar de activiteiten van weleer. Indien de clinicus dit inziet en er begrip voor opbrengt, kan dit bijdragen tot een goed contact met de cliënt. Het is belangrijk om de cognitieve problemen die het gevolg kunnen zijn van zwaar cannabisgebruik, ziekte of medicatie te bestuderen en om de interventies aan te passen. Door op een assertieve manier een vroege behandeling aan te bieden, openen zich kansen. Het is dan ook aangeraden om deze kansen te benutten.

OPGELET

Symptomen van psychiatrische problemen kunnen ontwenning bemoeilijken. Bovendien kunnen ze door symptoommanagement zelfs leiden tot overtollig medicatiegebruik. Het is daarenboven ook zo dat de kans op comorbide nicotineverslaving groter is bij cliënten met een comorbide psychiatrische ziekte. Hierover bestaat literatuur die aantoont dat het stoppen van tabakconsumptie kan leiden tot verhoogde bloedspiegels van antipsychotische medicatie. Daarom moet de medicatie tijdens de ontwenning en het stoppen zorgvuldig worden opgevolgd. Indien de neveneffecten waarneembaar worden, moet de dosis eventueel gereduceerd worden.

Psycho-educatie voor comorbiditeit

Psycho-educatie voor personen met comorbide mentale en drugproblemen is “van essentieel belang, daar er zo veel te leren valt inzake geestelijke gezondheid, druggebruik en de interactie tussen beide” (Mueser et al., 2002). Clinici moeten kennis opdoen en informatie verzamelen over de aandoeningen die bij cannabisgebruikers of tijdens hun behandelingen kunnen optreden. Er werd aangetoond dat psycho-educatie methodes erg effectief zijn in geval van psychiatrische aandoeningen (Pekkala & Merinder, 2002). Onlangs werd er nog een studie uitgevoerd met jonge mensen die voor de eerste keer te kampen hadden met psychose en cannabismisbruik. Diegene die 10 sessies psycho-educatie volgden, verminderden hun cannabisgebruik en bleven gedurende zes maanden nadien minder gebruiken, net zoals cliënten die een geïntegreerd motivatie-interview en CBT volgden (Edwards et al., 2006). Er bestaan heel wat goed geschreven bronnen die doelgerichte en nuttige informatie verschaffen over cannabis en psychiatrische geestelijke. Zie Tabel 22 voor details.

Tabel 22: Gids voor cannabisgebruik en psychiatrische stoornissen

Table 22: Resource guide for cannabis and mental health

Resources for professionals		Link
Back to reality (cannabis and psychosis)		http://orygen.org.au/shoppingcategory.asp?Categoryid=21 *ISBN 1-920718-17-6* Format: DVD
Cannabis and psychosis: An early psychosis treatment manual		http://orygen.org.au/shoppingcategory.asp?Categoryid=20 *ISBN 1 920718 02 8* Format: manual
Prevention of coexisting mental health and substance use problems		http://druginfo.adf.org.au/downloads/Prevention_Research_Quarterly/PRQ_07Nov_Prev_mental_health_sub_use.pdf
What is coexisting mental illness and substance misuse?		http://druginfo.adf.org.au/downloads/fact_sheets/FS_5.10_What_is_coexistant.pdf

Resources for consumers		Links
Cannabis & psychosis fact sheet		http://www.health.vic.gov.au/drugservices/downloads/cannabis_psychosis
Double trouble: Drugs and mental health		http://www.adf.org.au/store/article.asp?ContentId=product_61211
Cannabis and mental health		http://druginfo.adf.org.au/druginfo/fact_sheets/cannabis_factsheets/cannabismentalhealth.html
Mind your head		http://www.adf.org.au/store/article.asp?ContentId=Mindyourhead7551

Resources for consumers		Links
Your guide to: Mental health and alcohol and other drug problems		http://www.adf.org.au/store/article.asp?ContentId=Yourguidetomentalh735
What young people should know about mental illness and drug use		http://druginfo.adf.org.au/druginfo/fact_sheets/mental_health_substance_use_factsheets/mental_health_substance_use_youngpeople.html

5. Symptomen van psychiatrische problemen in de gespecialiseerde alcohol- en drughulpverlening

Alle gespecialiseerde alcohol en drughulpverleners worden aangemoedigd om lichte psychiatrische problemen te onderzoeken en trachten op te lossen.

5.1 Screening

Na het selecteren van een screeningsmethode (zie Tabel 23) dient u zich ermee vertrouwd te maken, alsook met het gebruik ervan en het scoresysteem. Hou er rekening mee dat de geldigheid van de screening beïnvloed kan worden door bepaalde omstandigheden, zoals de manier waarop de instructies worden gegeven, de gedachte van de cliënt over hoe de informatie zal worden gebruikt, privacy, vertrouwen en het contact met de klant. Het is belangrijk om alert te zijn voor het feit dat de antwoorden op de vragen door culturele aspecten kunnen worden beïnvloed. Het is ook goed om weten dat veel van de aanbevolen controlemethodes ook beschikbaar zijn in andere talen dan het Engels.

U dient een bepaalde werkwijze te hanteren voor het evalueren van personen die inderdaad problemen blijken te hebben, waaronder ook een protocol voor het ogenblikkelijke reageren op dringende behoeftes die uit de screening blijken. Het gaat hier bijvoorbeeld om zelfmoordneigingen of een mate van druggebruik die medische aandacht vereisen.

Tabel 23: Instrumenten om psychiatrische problemen te detecteren bij cannabisgebruikers

Instrument	Beschrijving
Kessler 10 (K10) or Kessler 6 (K6) (Kessler, 2003)	Discrimineert tussen ernstige psychiatrische problemen en geen psychiatrische problemen Screent naar algemeen leed in de afgelopen 30 dagen Een score van 8-12 indiceert een angst-stemmingstoornis, maar die niet ernstig genoeg is om de diagnose van een ernstige mentale stoornis vast te stellen.
Mental Health Screening Form III (Carroll & McGinley, 2001)	17 items, screent de levensgeschiedenis Oorspronkelijk bedoeld als ruw screeningsinstrument Voor cliënten die zich aanmelden in de alcohol- en drughulpverlening De screening kan afgenomen worden in +/- 15min (positief resultaat moet gevolgd worden door vragen over duur, intensiteit en voorkomen van symptomen. Een ervaren gezondheidszorgprofessional moet bepalen of een follow-up assessment en behandeling noodzakelijk is)
The Psychosis Screener (Australian National Survey of Mental Health and Well-Being) (Degenhardt et al., 2005)	Screening met 7 items
Modified MINI Screen (MMS) (Sheehan et al., 1997)	22 Ja / Nee items die screenen op angst- en stemmingsstoornissen, trauma en PTSS en niet-affectieve psychosen. De MMS kan worden afgenomen in 5 tot 10 minuten en gescoord in minder dan 5 minuten

Voor meer informatie over comorbide stoornissen: http://www.omh.state.ny.us/omhweb/resources/providers/co_occurring/adult_services/screening.html

Na de screening moet de cliënt feedback krijgen. Indien blijkt dat de cliënt positief testte, moet zijn mentale toestand verder worden onderzocht. In geval van een negatief resultaat dient u de mogelijke gevolgen van druggebruik op de geestelijke gezondheidstoestand te bespreken en de geestelijke gezondheid alsook het druggebruik te blijven opvolgen.

5.2 Assessment

- Een alomvattend assessment, door goed opgeleide clinici, is verplicht voor alle personen van wie na de screening blijkt dat ze mogelijk aan comorbiditeit lijden. De screeningsmethodes zijn dezelfde als diegene die eerder werden beschreven.
- Indien u in een voorziening voor alcohol- of drugmisbruik werkt, ga dan na of de mentale gezondheid van de cliënt onderzocht wordt door een andere deskundige.
- Overweeg doorverwijzing naar specialisten op het gebied van geestelijke gezondheid voor cliënten met een verhoogd risico en alle cliënten met psychose of andere weinig voorkomende aandoeningen, zoals anorexia nervosa of obsessief-compulsieve stoornissen.

5.3 Behandeling

- Streef, waar mogelijk, geïntegreerde behandeling na.
- Indien u niet in staat bent om geïntegreerde behandeling te verlenen, probeer dan parallelle communicatie en processen toe te passen. Dit betekent ook regelmatige communicatie over aanwezigheid, medicatie-update, veranderingen van mentale toestand, etc.
- Voor comorbide aandoeningen met cannabisgebruik, zoals angst en depressie, moet u vaardigheden trachten te ontwikkelen.
- De technieken van motivationele gespreksvoering zijn van het grootste belang om engagement te bekomen en te behouden.
- De belangrijkste opdracht wat betreft het gedrag, is om erg alert te zijn in situaties met een verhoogd risico, bijvoorbeeld door de gemoedstoestand op te volgen en te letten op tekenen van depressie, zelfmoordneigingen etc.
- Voor beide aandoeningen is terugval zeker niet abnormaal. Daarom moet terugvalpreventie een prominent onderdeel zijn van behandelingsplannen.
- Indien de symptomen niet verdwijnen, dan is een doorverwijzing of een tweede consultatie vereist.
- U kan voordeel halen uit het opnemen van aspecten van de mentale gezondheid van de cliëntenzorg in uw klinische supervisie Hou contact met teams die zich bezighouden met mentale gezondheid, en met de huisarts wanneer nodig.
- Verwijs cliënten door voor medicatie om de symptomen van psychiatrische problemen aan te pakken.
- Cliënten met zelfmoordneigingen moeten worden doorverwezen naar gespecialiseerde clinici.

6. Samenvatting

Aanbeveling	Evidentie
Door het verband tussen cannabisgebruik en mentale gezondheid, is screening op beide aangewezen.	A
Interventies die MGT/CBT/psycho-educatie bevatten, zijn effectief voor individuen met een comorbide pscyhiatrische stoornis.	A
Een alomvattende aanpak moet, wanneer mogelijk, aangeboden worden.	B

7. Referenties

Addington, J. & Addington, D. (2001). Impact of an early psychosis program on substance use. *Psychiatric Rehabilitation Journal 25*, 60–67.

Angst, J. (1996). Comorbidity of mood disorders: A longitudinal prospective study. *British Journal of Psychiatry* Suppl. *30*, 31–37.

Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., & Murray, R. (2004). Cannabis as a potential causal factor in schizophrenia. In D. Castle & R. Murray (eds.), *Marijuana and madness: Psychiatry and neurobiology*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 101–118.

Baker, A., Bucci, S., Lewin, T., Kay-Lambkin, F., Constable, P.M, & Carr, V.J. (2006). Cognitive– behavioural therapy for substance use disorders in people with psychotic disorders: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry 188*, 439–448.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S.W., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., & McGovern, J. (2001). Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behavior therapy, and family intervention for patients with comorbide schizophrenia and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry 158*(10), 1706–1713.

Carroll, J. & McGinley, J. (2001). A screening form for identifying mental health problems in alcohol/ other drug dependent persons. *Alcoholism Treatment Quarterly 19*(4), 33–47.

Caspi, A., Moffitt, T.E., Cannon, M., McClay, J., Murray, R., Harrington, H., Taylor, A., Arseneault, L., Williams, B., & Braithwaite, A. (2005). Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-Omethyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biological Psychiatry 57,* 1117–1127.

Bijlagen

Zie *'Management of cannabis use disorder and related issues. A clinician's guide'*, pagina 65.

BIBLIOGRAPHY